

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A. P. DE ENFERMERÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA
EN UN INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS DEL
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS. CENTRO DE ATENCIÓN DEL
ADULTO MAYOR “TAYTA WASI” – VMT, LIMA,
2014**

TESIS

Para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Katya Lagos Arana

ASESOR

María Jackeline Cuéllar Florencio

Lima - Perú

2015

*A mis padres Rigoberto y Carolina
y a mi hermana Carol, por ser la
razón, el motivo de mi existir y
la alegría de mi vida.*

*A la Mg. Jackeline Cuéllar por su apoyo
incondicional en la elaboración
del presente estudio.*

A la E.A.P. Enfermería. UNMSM, por haberme formado profesionalmente, con principios y valores para integrarme en esta sociedad competitiva.

Al C.A.M. "Tayta Wasi" - VMT, a los trabajadores de la institución y a los adultos mayores, por su colaboración y participación, quienes hicieron posible el desarrollo del presente estudio.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
PRESENTACIÓN	xi
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	 13
A. Planteamiento del problema, delimitación y formulación del problema....	13
B. Formulación de objetivos.....	19
a. General.....	19
b. Específicos.....	19
C. Justificación de la investigación.....	20
D. Limitaciones del estudio.....	22
 CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS METODOLÓGICAS	 23
A. Marco Teórico.....	23
1. Antecedentes del estudio.....	23
2. Base teórica conceptual.....	27
2.1. Adulto Mayor.....	27
a. Cambios en el adulto mayor.....	28
b. Teoría sobre cambios psicológicos ligados al envejecimiento.....	35
2.2. Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor.....	36
a. Diabetes Mellitus tipo 2.....	36
b. Arterioesclerosis de las extremidades.....	37
c. Artrosis.....	38
d. Artritis.....	38

e. Alzheimer.....	39
f. Hipertrofia benigna de próstata.....	40
g. Malnutrición.....	41
h. Demencia senil.....	41
i. Osteoporosis.....	42
j. Accidente Cerebro Vascular.....	42
2.3. Hipertensión Arterial.....	43
a. Fisiopatología.....	44
b. Mecanismos normales de control de la presión arterial.....	45
c. Factores de la hipertensión arterial.....	47
d. Síntomas de la hipertensión arterial.....	48
e. Medición, control y prueba de la hipertensión arterial.....	48
f. Tratamiento de la hipertensión arterial.....	53
g. Complicaciones de la hipertensión arterial.....	65
2.4. Promoción y prevención de la HTA.....	68
2.5. Autocuidado.....	70
2.6. Rol de la enfermera.....	71
2.7. Estrategias educativas.....	72
2.8. Conocimiento.....	74
a. Tipos de conocimiento.....	75
b. Evaluación del conocimiento.....	77
3. Definición operacional de términos.....	77
B. Formulación de hipótesis.....	78
C. Diseño metodológico.....	79

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	83
A. Resultados.....	83
B. Discusión.....	92

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
A. Conclusiones.....	97
B. Recomendaciones.....	98
 Referencias Bibliográficas.....	 100
Bibliografía.....	105
Anexos	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pág.
1 Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado de la hipertensión arterial antes y después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014.....	84
2 Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la enfermedad de la hipertensión arterial según ítems de preguntas antes de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014.....	86
3 Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la enfermedad de la hipertensión arterial según ítems de preguntas después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014.....	87
4 Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los cuidados en la hipertensión arterial según ítems de preguntas antes de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014.....	89

5 Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los cuidados en la hipertensión arterial según ítems de preguntas después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014.....	90
--	----

RESUMEN

El presente estudio titulado: **EFFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN UN INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS DEL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR “TAYTA WASI” – VMT, LIMA, 2014.**, tiene como objetivo determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa. El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasi-experimental. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio: Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos.

Palabras Claves: Efectividad, Estrategia Educativa, Autocuidado, Adultos mayores.

ABSTRACT

This study entitled: **EFFECTIVENESS OF EDUCATION STRATEGY IN THE INCREASE OF KNOWLEDGE OF SELF IN ELDERLY HYPERTENSIVE. FOCUS OF ELDERLY "TAYTA WASI" - VMT, LIMA, 2014**, aims to determine the effectiveness of the education strategy "Caring and controlling my high pressure" on increasing knowledge about self-care in elderly hypertensive CAM "TAYTA WASI" and identify the level of knowledge of hypertensive elderly self-care, before and after the implementation of the educational strategy. The study is a quantitative approach and methodological level application design or method of quasi-experimental study. The population consisted of 44 seniors and the sample was 30. The results were that 30 older adults (100%); before the implementation of the education strategy, 16 (53.3%) seniors showed a low level of knowledge, 12 (40%) seniors an average higher level and 2 (6.7%) adults with a high level. After the educational strategy applied, 21 (70%) seniors showed a high level of knowledge, 9 (30%) seniors an average level and nobody showed a low level. So we conclude that the study hypothesis is accepted: It's effective educational strategy "Caring and controlling my high pressure" on increasing awareness of self in hypertensive elderly.

Keywords: Effectiveness, Education Strategy, Self Care, Elderly.

PRESENTACIÓN

El fenómeno del envejecimiento de la población a nivel mundial, constituye uno de los acontecimientos demográficos y sociales más relevantes de las últimas décadas y el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores, con las consecuencias económicas, sociales y de salud que esta situación conlleva.

Dentro de las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial, es una de las que con mayor frecuencia aqueja al adulto mayor en el mundo; es un problema de salud pública relevante, debido a que es considerada un indicador de riesgo para la presentación de enfermedades cardiocerebrovasculares. El adulto mayor, por su mayor morbilidad, es el principal consumidor de recursos sanitarios, de camas hospitalarias, de reingresos y el primer consumidor de fármacos.

Como resultado de esta situación los adultos mayores deben asumir más responsabilidad de su propio cuidado de la salud, lo que ha ameritado la necesidad de que enfermería diseñe programas específicos que permitan contrarrestar los efectos de los hechos planteados, intervenciones efectivas que logren el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado en este grupo poblacional, enfocadas en los cambios de los estilos de vida para el control de la hipertensión arterial y la prevención de las complicaciones; una de las maneras de enseñar al otro a su autocuidado es a través de intervenciones educativas de enfermería.

La intervención educativa de enfermería "Cuidando y controlando mi presión alta" está sustentada en la Teoría de enfermería de déficit de Autocuidado de Orem, de acuerdo a esta teórica, el autocuidado se determina con relación a las capacidades o habilidades de la persona, incluyendo la clase de conocimientos que tiene y utiliza para dominar determinadas conductas. Esta

teoría explica que las personas con requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son personas con capacidad para aprender nuevos conocimientos relacionados con la patología para fortalecer la capacidad de autocuidado y prevenir complicaciones, pero requiere de la ayuda de enfermería para obtenerlo.

El profesional de enfermería mediante el sistema de enfermería de apoyo educativo, debe brindar un conocimiento especializado, que vaya más allá de diseminar la información; este conocimiento amerita ser congruente con la patología, el tratamiento no farmacológico y las capacidades de autocuidado del adulto mayor hipertenso; utilizando para ello materiales didácticos comprensivos y útiles al contexto socio cultural del grupo poblacional a quien va dirigido.

El área temática de la presente investigación es la situación del adulto mayor con hipertensión arterial; el fenómeno de estudio comprende el autocuidado y la intervención educativa de enfermería.

El proyecto de tesis se desglosa en 4 capítulos. El capítulo 1 comprende el planteamiento del problema, delimitación y formulación, la formulación de objetivos, la justificación de la investigación y limitaciones del estudio. El capítulo 2 trata sobre el marco teórico que comprende los antecedentes, la base teórica y definición operacional de términos; así como también, este capítulo comprende sobre la formulación de hipótesis y el diseño metodológico. El capítulo 3 comprende sobre los resultados y la discusión. El capítulo 4 trata sobre las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar.

Según el censo de 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; y en el último censo del 2007, alcanzó un 6.4%, por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que hacia fines del 2014 esta población representará el 7.55% y en el 2025, el 13.27%. Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2014, es de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la HTA se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo, teniendo una incidencia del 26% en la población entre 20 y 69 años, incrementándose esta cifra en 50% después de los 50 años de edad. Su prevalencia está asociada a múltiples factores económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. (2)

La HTA es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de HTA en el mundo. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias; 7,2 millones son por enfermedades circulatorias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, la HTA está presente en casi todas ellas. (3)

La prevalencia de la HTA a nivel mundial varía, las más altas se encuentran fundamentalmente en los países del primer mundo, donde estas van desde un 26% en países como Canadá hasta un 55% en Alemania, en los Estados Unidos es un 50% mayor en los individuos de raza negra que en los individuos de raza blanca, en América Latina aunque la prevalencia es ligeramente inferior no se puede ignorar, encontrándose entre otras, un 19% en Jamaica, 28% en Paraguay y 37% en México. Diferentes estudios muestran que la frecuencia de HTA aumenta con la edad; lo que evidencia entonces, que después de los cincuenta años casi el 50% de la población la padece. (4)

El Perú no está lejos de esta realidad, pues según Regulo Agusti (2006), en su investigación “Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú”, halla que la prevalencia de HTA en la población general es del 23,7%, y en mayores de 60 años de 48%. (5)

El Ministerio de Salud de nuestro país a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones. La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para

mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud. (6)

Esta tendencia hacia la promoción y prevención de la salud, debe incentivar en los profesionales de la salud, y especialmente en enfermería de difundir información que ayude a las personas a cambiar hacia conductas saludables, propiciando el autocuidado. (7)

El empoderamiento, es un proceso educativo diseñado para ayudar a los pacientes a desarrollar los conocimientos, las habilidades, actitudes y grado de auto-conciencia necesaria para asumir efectivamente la responsabilidad de sus decisiones relacionadas con la salud, siendo un elemento clave de la educación para la salud. (8)

Las comunicación en contextos interpersonales incluye las variables del proceso de la comunicación humana que afectan directamente la interacción profesional y profesional - paciente, se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos internos del individuo acerca de los asuntos que influyen las conductas dirigidas a la salud. (9)

La información que se brinde a la persona es importante, porque persigue aumentar o mejorar el conocimiento del paciente, o dicho de otra manera reducir la incertidumbre existente sobre un conjunto de alternativas lógicamente posibles, proporcionar a quien toma decisiones la materia prima fundamental para el desarrollo de soluciones y la elección. (10)

Para la consecución de los cuatro objetivos básicos de la Educación para la Salud, informar a la población, insertar la salud como valor, promover conductas sanas y modificar las nocivas, los distintos Agentes de Salud deben elaborar mensajes lo suficientemente claros y persuasivos como para llegar a la población. El procedimiento mediante el cual estos mensajes llegan a la comunidad recibe el nombre de métodos de Educación para la Salud o la metodología educativa. Para el logro de estos, se utilizan las estrategias educativas que son procedimientos que el agente de enseñanza utiliza en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en las personas. Uno de los métodos de educación para la salud es el método directo, y generalmente utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o recursos técnicos, aquí se encuentran las estrategias educativas individuales, donde se usan la consejería, la entrevista, diálogo y las colectivas, donde se usan las charlas, clases, discusión en grupo, etc. (11)

Ante esta situación, el MINSA dentro de los Lineamientos de Política para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2002-2012, ha planteado como uno de sus objetivos específicos desarrollar intervenciones sanitarias dirigidas a promover factores protectores, la participación y la corresponsabilidad del adulto mayor en el cuidado de su salud, actualmente se desarrolla el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017, basado en cuatro políticas esenciales, con el fin de promover para este sector de la población una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional por el envejecimiento activo y saludable. (12)

La HTA es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una

hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. (13)

Esta enfermedad crónica puede prevenirse o controlarse su aparición de las complicaciones mediante la implementación de intervenciones de enfermería que fortalezcan la agencia de autocuidado del adulto mayor, haciendo hincapié en una adecuada educación para la salud, acorde con el contexto sociocultural del mismo, que permita combinar los conocimientos básicos sobre lo que es la HTA y el cambio en los estilos de vida, evitar el aumento de peso, consumir una alimentación saludable, reducir la ingesta de sal y grasas, incrementar la actividad física, mantener un manejo adecuado del estrés y de los medicamentos indicados en los controles periódicos de la enfermedad crónica. (14)

Estos estilos de cambio de vida y de conductas deben precisar la participación activa de las personas de allí que el papel de la enfermera es trabajar con y para la personas; es decir, que la enfermera actúa como facilitadora del proceso de valoración, análisis y comprensión de la salud y en este proceso es crucial la responsabilidad del autocuidado de estas personas. (15)

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades; estas van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados. Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el autocuidado. El autocuidado significa etimológicamente: Auto, del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". (16)

Para Dorotea Orem, teórica en Enfermería, el autocuidado es entendido como "la habilidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de

cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y promueven el bienestar”. (17)

Las funciones o rol de la enfermera en el primer nivel de atención principalmente son: la creación y protección de entornos saludables, creación de escuelas saludables, comunidad saludable, fomento de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y daños, recuperación de la salud, análisis de la situación local, promoción, prevención y diagnóstico a la salud para los cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Es así que la enfermera se convierte en elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud para intervenir, a través de la educación para la salud, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo de los adultos mayores hipertensos, que puedan incidir en su calidad de vida. (18)

Durante las prácticas de enfermería comunitaria, en los C.S., se observa que el profesional de enfermería realiza actividades educativas al adulto mayor referente al cuidado de la salud, dentro de ellas, sobre la HTA. Pero estas actividades educativas que casi siempre usan como medio de difusión, rotafolios, trípticos o folletos, hacia los adultos mayores, no son lo suficiente ni eficientes, ya que se proporciona educación de manera muy superficial, somera y casi siempre son repetitivas, el método de enseñanza es el tradicional y el proceso de enseñanza – aprendizaje es muy vertical, por lo tanto el contenido brindado no es de calidad, no son tan creativos y se pueden evidenciar mediante cuánto sabe el adulto mayor acerca de ciertos temas importantes para el autocuidado en la HTA, que siempre son los mismos.

Frente a esta situación se formulan las siguientes interrogantes. ¿Los adultos mayores saben sobre el cuidado de la HTA en el hogar?, ¿la enfermera brinda un programa de autocuidado, información o consejería?, ¿existe en el C.S. un programa educativo sobre autocuidado de la HTA?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente mencionado, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de Atención del adulto mayor (CAM) “TAYTA WASI” – Villa María del Triunfo, Lima, 2014?

B. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

a. General:

- Determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” - VMT, Lima, 2014.

b. Específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado antes de la estrategia educativa.
- Aplicar la estrategia educativa a los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado en la hipertensión arterial.

- Evaluar el nivel de conocimientos que tienen los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado después de la estrategia educativa.

C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el “Estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, la situación socioeconómica de los adultos mayores”, a Perú se le ubica en la subregión, lo que indicaría que el envejecimiento se duplicaría en las próximas dos décadas y el área rural seguirá siendo importante en cuanto a población adulta mayor. Tanto la tasa de mortalidad y la de natalidad han disminuidos en los últimos 30 años, en consecuencia se da un aumento de la longevidad que se mide mediante el concepto de esperanza de vida al nacer, la que ha aumentado de 53.47 años en 1970 a 70.4 años para el año 2014. Los grupos de 50 a 60 años y 60 años a más aumentaron su participación debido fundamentalmente a la mayor sobrevivencia y, por lo tanto, al incremento en los años de esperanza de vida. Las proyecciones al año 2025 indican que la población de mujeres mayores de 60 años alcanzará el 13,7% y la de hombres, el 11,53%. Si se analizan los cambios dentro de los grupos de edad de los adultos mayores de 50 años, se puede observar que del 1970 al 2025, el grupo de mayores de 75 años muestra un aumento sostenido dentro del grupo de adultos mayores. (19)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de adultos mayores hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo. El informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que uno

de cada tres adultos mayores tiene presión arterial alta en todo el mundo, afección que ocasiona alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular (ACV) y enfermedad cardíaca. De esta manera, pone de relieve el creciente problema de la carga de enfermedades no transmisibles (ENTs).

La hipertensión es un trastorno caracterizado por presión sanguínea crónicamente alta y si no se lo controla puede conducir a derrames cerebrales, insuficiencia cardíaca o infartos. En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 realizada en 24 departamentos del país por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se concluyó que el 34% de los adultos mayores de 60 años del país sufre de hipertensión arterial. Los resultados del estudio indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en personas de 60 años a más se registra en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %).

Dentro de los Lineamientos de Política de Salud del MINSA 2007-2020, se encuentra como segundo punto, sobre vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Estas constituyen una importante carga de enfermedad para el país aunado a la transición demográfica, por ello se continuará con la vigilancia, prevención y control de estas y se fortalecerá la implementación de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles. (20)

La Educación para la Salud (EPS), enmarcada en la Atención Primaria de Salud, significa un nuevo enfoque en la asistencia sanitaria, en el entendimiento del proceso salud-enfermedad, en la cobertura a cubrir en la población, en las relaciones profesionales sanitarios-usuario, en la metodología y objetivos a conseguir, en definitiva, un proceso educativo dirigido fundamentalmente a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población en general y el ciudadano en particular. (21)

La enfermera, según el MINSA, agente de Educación Sanitaria, debe enseñar a toda persona de la comunidad a que los individuos y grupos desarrollen conductas positivas de salud; el marco conceptual muy utilizado en la disciplina de enfermería, es el autocuidado, y es la responsable, que tiene como rol fundamental identificar precozmente alteraciones en el bienestar general en el adulto mayor y luego transmitir conocimientos y enseñanzas acerca del tema, considerando que los adultos mayores hipertensos, por su inseguridad y desconocimiento parcial de medidas y prácticas de autocuidado podrían originar un deterioro en su calidad de vida. (22)

En el caso de la presente investigación, la estrategia educativa estaría enfocada en ofrecer el conocimiento especializado de enfermería a los adultos mayores para mejorar los estilos de vida, logrando fortalecer los conocimientos de autocuidado y disminuyan o controlen las complicaciones propias de la hipertensión arterial. De esta manera, esta investigación resulta novedoso e innovador, pues sería un estudio, que se fundamenta en un marco teórico de la disciplina de enfermería, la teoría de Orem, para diseñar, aplicar y evaluar una intervención educativa específica para adultos mayores hipertensos.

D. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los hallazgos sólo son generalizables a la población en estudio, es decir a los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT, Lima – Perú.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS METODOLÓGICAS

2.1. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes del estudio

a. Internacionales

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados, los cuales fueron realizados en el extranjero así como también, nacionales. Así tenemos que:

Fernández, Alba Rosa y Manrique, Fred Gustavo, en Bocayá, Colombia (2010), realizaron un estudio sobre “Efecto de la intervención educativa en la agencia del autocuidado del adulto mayor hipertenso de Bocayá, Colombia, Suramérica”, el cual tuvo como objetivo el de evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos. El método que se empleó fue el estudio piloto de diseño cuasi-experimental. La muestra estuvo dada por 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos; divididos en 4 grupos de Solomón. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento por sí no logró cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto aportó valiosos ajustes a la investigación principal”. (23)

Álvarez Reyes, Magalys; Morales Sotolong, Iraida; Morales Reyes, Eneida y Vega Colina, Belkis, en Camaguey, Cuba (2010); realizaron un estudio sobre “Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora”, el cual tuvo como objetivo el de incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de adultos mayores de un consultorio del Policlínico Universitario Previsora, Camagüey, de febrero de 2009 a febrero de 2010. El método fue un estudio de intervención educativa cuasi-experimental. El universo estuvo dado por 82 pacientes y la muestra quedó conformada por 38 personas a las que se aplicó una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre la enfermedad. Posteriormente se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“Prevalecieron los adultos mayores hipertensos incluidos en el estudio entre 70-79 años de edad, del sexo femenino y la raza negra. El nivel de información sobre HTA antes de la intervención educativa era regular y posterior a esta de bien. La intervención educativa aplicada demostró ser eficaz en lo que se refiere al incremento del nivel de conocimientos sobre HTA en los adultos mayores”. (24)

Sanhueza Parra, Marcela Isabel del Pilar; Castro Salas, Manuel y Merino Escobar, José Manuel; en el Sur de Chile, Chile (2012); realizaron un estudio sobre “Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”, planteándose como objetivo evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del Sur de Chile. El método fue un estudio de tipo experimental puro, con la participación de grupos de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto del 2002, en la que se midió la funcionalidad de

acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“El programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud”. (25)

Prado García, Heidi Mar y Rojas Gómez, Ismaris Gabriela, en Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, en Venezuela (2010); realizaron un estudio sobre “Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar”, planteándose como objetivo determinar la influencia de un programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acudieron al club de hipertensos “Vida Sana” del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar durante los meses abril-julio del 2010. El método fue de tipo cuasiexperimental, prospectivo, transversal; con la participación de 21 pacientes, a quienes se les aplicó una encuesta tipo cuestionario. Para determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial y para medir el estrato social se utilizó el método de Méndez Castellano, Graffar modificado. Así mismo se aplicó un programa educativo sobre hipertensión arterial. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“El nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue suficiente en 4,76% de la muestra y posterior a la aplicación del programa educativo aumento a 80,95%. El 57,14 no presentó ningún conocimiento acerca de la hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo y posterior a la misma disminuyó a 4,76%. Las respuesta obtenidas en el pre-test y pos-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 12,25 con un nivel significativo de $p > 0,05$ ($t: 12,25 p > 0,05$)”. (26)

b. Nacionales

Quispe Arones, Vilma, en Lima, Perú (2010), realizó un estudio sobre “Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC”, el cual tuvo como objetivo el de determinar la efectividad del programa educativo de enfermería. El diseño metodológico que se empleó según el periodo y secuencia del estudio es de corte transversal. Según el alcance de los resultados, es un estudio cuasi-experimental que permitió establecer la relación o asociación causal entre las variables. La muestra estuvo dada por 25 cuidadores. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“La variación de conocimientos que obtuvieron los cuidadores antes y después de participar en el programa educativo de enfermería, fueron significativos, observándose que en la pre-evaluación el 84% presentó un conocimiento de medio a alto, mientras que en la post-evaluación se incrementó a un 100%.” (27)

Huanca Susanibar, Leticia, en Huacho, Perú (2012), realizó un estudio sobre “Efectividad del programa “Vida Sana” en hipertensos del Hospital Gustavo Lanatta Hospital – Huacho”, el cual tuvo como objetivo el de determinar la efectividad del programa “Vida Sana”. Se aplicó el diseño pre experimental de corte longitudinal en personas hipertensas a quienes se les aplicó dos cuestionarios, uno de conocimientos y otro conductual en dos tiempos distintos con 49 talleres de ejercicios físicos, para observar el declive de la hipertensión arterial. La muestra estuvo dada por 25 participantes. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“El programa fue efectivo, los hipertensos con mayor nivel de conocimientos de su enfermedad mejoraron su conducta y la rutina de los ejercicios físicos normalizó la presión arterial por lo que a más ejercicios menor nivel de presión

arterial, favorece la economía tanto personal, familiar e institucional y más aún como repercute positivamente en la calidad de vida del hipertenso”. (28)

Arpasi Quispe, Orfelina, en Lima, Perú (2012), realizó un estudio sobre “Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud, Lima”, el cual tuvo como objetivo el de determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando con amor”. El estudio fue de diseño preexperimental, de tipo cuantitativo con un solo grupo a quien se aplicó una preprueba y posprueba. Se utilizó el muestreo no probabilístico, a conveniencia del investigador, basado en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, la muestra estuvo conformada por 30 cuidadores. El programa estuvo organizado en 15 sesiones educativas teórico-prácticas con una frecuencia de 2 veces por semana durante 4 meses. Para medir los conocimientos y actitudes se aplicó un cuestionario y para la práctica se utilizó una guía de observación elaborados por la autora. La muestra estuvo dada por 30 cuidadores. Las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras:

“El programa “Cuidando con amor” fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión en los cuidadores de adultos mayores del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador”. (29)

2. Base Teórica Conceptual

2.1. Adulto mayor

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta

manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.

Mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario. Por ello es que el nuevo enfoque del envejecimiento está centrado en el ciclo vital, con una visión holística que concibe a éste como un proceso activo, saludable, de actitud positiva, de autoaceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales positivas. En este enfoque del envejecimiento, de la vejez y de la persona adulta mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras y promotores en salud comunitaria especializada.

a. Cambios en el Adulto Mayor

Según Gastron L, divide en trece, los cambios en el adulto mayor, estos son:

a.1. Biológicos:

En esta etapa de la vida sobresalen dos tipos de procesos: la evolución y la involución, que corresponderían al crecimiento y al envejecimiento. A partir de los 35 años más o menos, aparece la involución: el desempeño de varios órganos a causa una disminución paulatina, el corazón bombea menos sangre; los pulmones absorben menos aire; la piel pierde elasticidad, el tono muscular declina, se endurecen las coyunturas y los vasos sanguíneos, disminuye la secreción hormonal de las glándulas endocrinas.

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecen igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; sin embargo, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen. A partir de los 60 años el metabolismo es lento. Hay mucho de fatalidad en el envejecimiento. Ningún hombre llega a los cien años en plenitud, pero también hay mucho que depende de nosotros.

a.2. Psicológicos:

Después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque ellos son los que determinan el status y la posición de tales personas en

el orden social (Papalia, 1990). Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdida. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte (Hoffman, 1996). A medida que tratan con estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan distintas teorías.

a.3. Sociales:

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios. Las principales teorías que explican el fundamento de esos cambios, se concluyen en:

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

a.4. Fisiológicos:

Biológicamente, el inicio de la vejez puede coincidir con el término del crecimiento, después del cual sigue la edad adulta, la madurez y finalmente la senescencia, que no es un término despectivo, sino una forma del idioma de

expresar lo que ocurre con el paso de los años. Socialmente, coincide con la jubilación. La geriatría no solamente estudia las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, sino que también se aboca al estudio de las enfermedades crónicas. Por lo tanto, podemos hablar de un envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto riesgo, y de un envejecimiento exitoso, que en los textos aparece como "successfully aging", que es de bajo riesgo y alta funcionalidad. La baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad secundaria, elevan la capacidad cognitiva y funcional y el enfrentamiento activo de la vida.

a.5. Compartimentos corporales:

Los cambios más evidentes en la edad avanzada ocurren en los compartimentos corporales: disminuye el hueso, el número de células y el compartimento del agua corporal total, que baja de 61 a 53%. En cambio, hay un incremento del compartimento graso; por esto, los fármacos más liposolubles tienden a tener mayor vida media y, en cambio, los fármacos hidrofílicos pueden tener una vida media más corta.

a.6. Masa de los órganos:

La masa de algunos órganos como el hígado, el bazo o el páncreas puede ir experimentando una disminución a través de los años, lo que no siempre se correlaciona con disminución de la funcionalidad, excepto en condiciones críticas, como un ejercicio extenuante en el caso del corazón, deshidratación o sobrehidratación extrema en el caso del riñón. En la función renal sí hay una baja constante, por eso desde antiguo se calcula la creatinina de acuerdo a la edad; el flujo sanguíneo renal y la velocidad de filtración glomerular van bajando proporcionalmente de acuerdo a los años.

a.7. Farmacodinámicos:

Desde el punto de vista farmacodinámico, saber lo que pasa con algunos neurotransmisores puede ser de interés para la prescripción o para la conducta

en el perioperatorio. Hay disminución de los receptores de la dopamina y en el sistema de la acetilcolina disminuye el número de células colinérgicas; en el sistema adrenérgico probablemente disminuye el número y afinidad de los β receptores y también la respuesta a los α_2 . En el sistema GABA, disminuye la capacidad psicomotora en respuesta a las benzodiazepinas. También hay modificaciones de órganos relacionados con la farmacocinética. El pH gástrico aumenta; existe aclorhidria relativa, según si hay o no atrofia gástrica por una respuesta autoinmune o por algún medicamento; se retarda el vaciamiento gástrico, sobre todo para líquidos; hay disminución del flujo esplácnico y de la motilidad intestinal; disminuyen la masa y el flujo hepáticos y hay una alteración de la fase 1 del metabolismo; la fase 2, que sería la fase de conjugación, estaría poco modificada; hay un déficit de albúmina y un aumento relativo de las α_1 glicoproteínas, que son transportadores de fármacos; el clearance de creatinina, la velocidad de filtración y la producción de creatinina se encuentran reducidos.

a.8. Sistema Nervioso Central:

Se produce alguna reducción de neuronas en las áreas grises, cierta atrofia de la sustancia blanca y un aumento relativo del volumen del líquido cefalorraquídeo. Existe cierta alteración de la circulación cerebral, si bien la autorregulación del flujo se mantiene más o menos sin variación. Todo esto podría explicar pequeñas alteraciones en la inteligencia "cristalizada" y en la inteligencia "fluida". En general, se altera la velocidad de respuesta a un determinado estímulo, el procesamiento de la información es un poco más lento, pero no se altera tanto la calidad final de la respuesta.

a.9. Sistema Nervioso Autónomo:

Esta área es tremendamente interesante e importante y ha sido muy poco estudiada. Hay degeneración de la neurona autonómica, con atrofia del ganglio autonómico y disminución de la sensibilidad de los receptores adrenérgicos. No hay down-regulation del adrenérgico en condiciones fisiológicas; se puede elevar

la noradrenalina periférica, y se altera el barorreceptor como control hemodinámico. La respuesta a la hipoxia en algunos quimorreceptores se reduce y existe alteración de la homeostasia térmica. Por eso es más fácil caer en shock térmico o hipotermia. Pocas veces nos preocupamos de medir la temperatura rectal con un buen termómetro al paciente geriátrico hospitalizado, pero debemos recordarlo, porque la hipotermia es más frecuente de lo que creemos. También se altera la variabilidad de cada latido o de cada R-R del electrocardiograma: hay una variabilidad fisiológica llamada arritmia sinusal, en la que se produce un acortamiento del R-R durante la inspiración y un alargamiento en la espiración; esa variabilidad del R-R se altera, lo que da origen incluso a exámenes especializados para determinar el equilibrio simpático-vagal, que muchas veces está alterado con el envejecimiento y que no somos capaces de detectar. Si observamos el intervalo R-R del electrocardiograma, en un anciano normal sin patología cardiovascular, y lo ponemos de pie, vemos que se mantiene más o menos constante. En el individuo sano, el ortostatismo produce una cardioaceleración brusca inicial y posteriormente, una bradicardia relativa de 35 latidos por minuto; en el anciano eso no ocurre. Al referirnos a la homeostasia global y al sistema nervioso central y autonómico, podemos asimilar la homeostasia a un chip con diferentes aferencias como respiración, presión sanguínea, gasto cardíaco, termorregulación, sistema renina-angiotensina, etc., todo lo cual está regulado por el sistema nervioso, con sus respuestas parasimpática y simpática. En el anciano, las alteraciones de la variabilidad de la frecuencia cardíaca pueden servir como índice de la alteración del equilibrio simpático-vagal.

a.10. Endocrinológicos:

Se sabe que la glicemia en ayunas y postprandial va aumentando sobre los 60 años, pero en límites que no llegan a ser diabéticos. Se produce una cierta pérdida de la sensibilidad a la insulina periférica, demostrable mediante la prueba de tolerancia a la glucosa. Podemos demostrar también que disminuye la

hormona de crecimiento; hoy en día se proponen tratamientos paliativos con hormona de crecimiento para enfermos geriátricos en situaciones de fragilidad, como se llama a la presencia de sarcopenia o pérdida de masa muscular. Hay disminución de la dehidroepiandrosterona (DEHAS), andrógeno natural y del sulfato también, dando cuenta del 50% de la disminución de andrógenos en el hombre; la alteración funcional, en ancianos mayores de 80, se correlaciona con bajos niveles de DEHAS debido a la testosterona sulfato; el eje hipotálamo-hipófisis-cortisol también tiene un retardo en la retroalimentación y la tiroides puede tener reducción en la T3 y la T4. Hay cambios metabólicos en el sistema del calcio, que ocasionan la conocida osteoporosis de la postmenopausia en la mujer, que también ocurre en el hombre, debido a un aumento de la hormona paratiroidea.

a.11. Pulmonares:

Hay disminución de la distensibilidad torácica y aumento del volumen residual. El volumen de cierre de la vía aérea pequeña aumenta. La PaO₂ disminuye, lo que da cuenta del aumento del gradiente alvéolo-arterial con la edad; por eso, siempre corregimos la PaO₂ según la edad. Hay un espacio muerto, más bien un shunt pulmonar, debido a la presencia de alveólos no oxigenados pero perfundidos. El VEF1 también va disminuyendo, el volumen residual aumenta en ambos sexos y la capacidad vital disminuye, o sea, la capacidad pulmonar total es menor.

a.12. Cardiovasculares:

Aumenta la presión de pulso, por el endurecimiento de las arterias; es por eso que el pulso se siente más "lleno", nos pega más fuerte cuando lo palpamos. Hay una tendencia a la hipertensión sistólica; hoy día se sabe que la hipertensión sistólica aislada del anciano debe ser tratada, ya que si bien es un cambio fisiológico debido al aumento de la impedancia aórtica, tiene riesgo cardiovascular. A nivel cardíaco, se observa que disminuye la fase de llene

rápido, porque el ventrículo es menos distensible, de modo que la contribución de la sístole auricular es tremendamente importante; a medida que pasan los años, más contribuye la aurícula al volumen diastólico final. Por ello, un anciano en fibrilación auricular puede caer en disnea muy rápidamente y disminuir su reserva fisiológica cardíaca.

a.13. De las funcionales globales:

Los cambios fisiológicos descritos se traducen en cambios funcionales globales, que es lo que ocupa a los geriatras. Estos cambios se manifiestan en las actividades de la vida diaria: caminar, transferirse, ir al baño, hacerse el aseo personal, comer. Curiosamente, caminar es la actividad que más se altera, junto al aseo y las transferencias; el baño un poco menos; comer no se altera tanto. También hay que agregar un aspecto cognitivo. En un trabajo finlandés, de 1999, en la revista *Envejecimiento y Medicina Experimental*, se estudió en alrededor de dos 1.000 a 3.000 mil ancianos, la sensación de estar bien, la propia percepción de salud. En el caso de los hombres ancianos, la capacidad cognitiva es la que más interfiere en la capacidad de estar bien. Curiosamente, en la mujer lo que más interfiere la sensación de bienestar es la depresión, la distimia o la alteración de índole afectiva. (30)

b. Teorías sobre cambios psicológicos ligados al envejecimiento

Según Medellín G., hay dos teorías importantes que explican sobre los cambios psicológicos del envejecimiento:

b.1. Teoría de Erikson (Integridad vs. Desesperación):

Según Erikson, la vejez, constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas, en el desarrollo a lo largo de la vida, lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedores de nuestro amor, aún cuando no fueron

perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Quien ha fallado al tratar de resolver la crisis “teme desesperadamente a la muerte, expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar alternativas hacia la integridad”, (Papalia, 1990).

b.2. Teoría de Peck:

Según Peck, el ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia. (31)

2.2. Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor

La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones. Según García-Arilla, las enfermedades más comunes son y las define como:

a. Diabetes Mellitus tipo 2

Es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Unos pacientes pueden tener más resistencia a la insulina, mientras que en otros se puede dar un mayor defecto en la secreción de la hormona. Los cuadros clínicos pueden ser leves o severos. La diabetes tipo 2 es la forma más común dentro de la diabetes mellitus. La diferencia con la diabetes mellitus tipo 1 es que ésta se caracteriza por una destrucción autoinmune de las células secretoras de insulina obligando a los pacientes a depender de la administración exógena para su supervivencia, aunque cerca del 30% de los pacientes con diabetes tipo 2 se ven

beneficiados con la terapia de insulina para controlar el nivel de glucosa en sangre.

La deficiente disponibilidad de las funciones de la insulina conlleva un deficiente metabolismo celular, que produce un aumento de los ácidos grasos y de los niveles circulantes de triglicéridos, además de un descenso en la concentración de la lipoproteína de alta densidad (HDL). La hiperglicemia de larga data causa daños en los nervios, ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. La cetoacidosis puede ocurrir en estos pacientes como resultado de estrés, como una infección, la administración de ciertos medicamentos como los corticoesteroides, deshidratación o deficiente control de la enfermedad. La resistencia a la insulina es un importante contribuyente a la progresión de la enfermedad y las complicaciones de la diabetes.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad frecuente y subdiagnosticada que plantea desafíos para su tratamiento. La introducción de nuevos fármacos orales en los últimos tres años ha ampliado la gama de opciones disponibles para el tratamiento de la diabetes tipo 2. A pesar de la mayor selección de agentes farmacológicos, es necesario destacar que el tratamiento de primera elección son los enfoques no farmacológicos incluyendo la modificación de la dieta, control de peso y ejercicio regular. Una dieta combinada con ejercicio con el objeto de perder peso logra mejorar significativamente la sensibilidad celular a la insulina incluso antes de llegar al peso ideal. Se ha demostrado que el hacer ejercicio y perder peso en pacientes diabéticos y prediabéticos reduce su mortalidad y mejora su condición de vida. Los abordajes farmacológicos deben individualizarse, basándose en las características del paciente, el nivel de control de la glucosa y las consideraciones de costos.

b. Arterioesclerosis de las extremidades

Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto

provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

c. Artrosis

Afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos. La artrosis u osteoartritis (nombre derivado del término anglosajón osteoarthritis, menos usado en la práctica clínica) es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, tejido que hace de amortiguador al proteger los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación. Es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada. Se presenta de forma prematura en personas con enfermedades genéticas que afectan al tejido conectivo, como el síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de hiperlaxitud articular.

d. Artritis

El término artritis (del gr. 'articulación' e 'inflamación') sirve para designar la existencia de inflamación en alguna articulación. Cuando hablamos de artritis, no nos referimos a una causa única, pues existen más de 100 enfermedades diferentes que pueden causarla. Si afecta únicamente a una articulación se llama monoartritis, cuando son 2 o 3 recibe el nombre de oligoartritis y si afecta 4 o más simultáneamente, se denomina poliartritis. Puede producirse por muchas causas, como un traumatismo, también por una infección, mecanismos de autoinmunidad o ser de origen desconocido. A veces tiene consecuencias graves y provoca dolor y pérdida de movilidad en la articulación afectada. En algunos casos, sobre todo en la poliartritis, impide una vida normal y dificulta de forma muy importante la movilidad de la persona afectada. El tratamiento puede realizarse con diversos fármacos, dependiendo de la causa y el tipo de artritis. No debe confundirse la artritis con la artrosis que es una enfermedad degenerativa y no inflamatoria que

en ocasiones, sobre todo en la literatura anglosajona, se denomina osteoartritis, no siendo en realidad una artritis. Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local.

e. Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer, demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, que aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad. Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fue identificada por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras, que trabajaban en el mismo laboratorio. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de los desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar a la enfermedad alzhéimer en honor a su compañero.

Por lo general, el síntoma inicial es la inhabilidad de adquirir nuevas memorias, pero suele confundirse con actitudes relacionadas con la vejez o al estrés. Ante la sospecha de alzhéimer, el diagnóstico se realiza con evaluaciones

de conducta y cognitivas, así como neuroimágenes, de estar disponibles. A medida que progresa la enfermedad, aparecen confusión mental, irritabilidad y agresión, cambios del humor, trastornos del lenguaje, pérdida de la memoria de largo plazo y una predisposición a aislarse a medida que los sentidos del paciente declinan. Gradualmente se pierden las funciones biológicas que finalmente conllevan a la muerte. El pronóstico para cada individuo es difícil de determinar. El promedio general es de 7 años, menos del 3% de los pacientes viven por más de 14 años después del diagnóstico.

f. Hipertrofia benigna de Próstata

Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal, que además puede detectar síntomas de cáncer. La hiperplasia benigna de próstata (HBP), también conocida como hipertrofia prostática benigna, consiste en un aumento de tamaño de la próstata, no canceroso. La próstata es una pequeña glándula que en los varones envuelve a la uretra y produce un fluido que forma parte del semen. A medida que el tamaño de la próstata aumenta, ésta va ejerciendo una presión sobre la uretra, ocasionando una disminución del flujo urinario, dificultades para iniciar la micción (emisión de orina), ganas frecuentes de orinar, y a veces, goteo al terminar de orinar. También puede ocasionar retenciones de orina, debilitando al músculo de la vejiga urinaria y aumentando el riesgo de desarrollar una infección del tracto urinario (ITU) o de formar cálculos renales (piedras en los riñones). En formas severas de HBP, la orina puede refluir y lesionar los riñones. Aunque es raro, puede darse el caso de que una HBP impida que el paciente pueda orinar, situación que requiere de atención médica inmediata. La HBP también puede repercutir sobre la capacidad sexual disminuyéndola y ocasionar orgasmos dolorosos e impotencia.

El tipo y la severidad de los síntomas pueden variar con el tiempo e incluso de persona a persona. En muchos casos, la HBP no evoluciona y sólo causa

pequeñas molestias; en otros, tiene consecuencias importantes sobre la calidad de vida del afectado. La frecuencia de la HBP aumenta con la edad. Se estima que aproximadamente un 50% de los varones presentará algún grado de HBP al alcanzar los 60 años de edad, y que este porcentaje puede ser del 90% a los 80 años de edad. Aunque la HBP no causa cáncer de próstata, podría darse el caso de que ambas enfermedades existieran simultáneamente.

g. Malnutrición

A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica, etc. El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, des equilibrio del potasio, anemia y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.

h. Demencia senil

La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio - temporal o de identidad y la resolución de problemas. La Demencia Senil no es una enfermedad específica, sino más bien un grupo de síntomas que son causados por cambios en el funcionamiento del cerebro. Hay muchos y variados síntomas que tienen que ver con la cognición. La cognición se refiere al acto de pensar, percibir y aprender. Las funciones cognitivas que pueden verse afectadas son la toma de decisiones, juicio, memoria, orientación espacial, el pensamiento, el razonamiento y comunicación.

Esta enfermedad afecta básicamente a ancianos, que la mayor parte de las veces requiere cuidados por parte de familia o profesionales. Es especialmente habitual a partir de los 85 años. A partir de esta edad afecta hasta un 50% de

estas personas, si bien es cierto que a partir de los 65 años la incidencia de esta enfermedad empieza a ser significativa. El proceso de envejecimiento conduce a un deterioro de las células cerebrales, lo que provoca fatiga, problemas relacionados con el equilibrio y pérdida de memoria de carácter progresivo. Esta es una enfermedad crónica, degenerativa y se caracteriza por disminuir la calidad de la vida del enfermo de forma notable.

i. Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine que hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana. Esta afecta a los huesos y está provocada por la disminución del tejido que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene. Como consecuencia de ello, el hueso es menos resistente y más frágil de lo normal, tiene menos resistencia a las caídas y se rompe con relativa facilidad tras un traumatismo, produciéndose fracturas o microfracturas. La densidad mineral de los huesos se mide mediante una prueba médica que se llama densitometría ósea.

j. Accidente Cerebro Vascular (Ictus)

Es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus. Los términos accidente cerebrovascular (ACV), infarto cerebral, derrame cerebral o, menos frecuentemente, apoplejía son utilizados como sinónimos del término ictus. Se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por una disminución importante del flujo sanguíneo

cerebral, de forma anormalmente brusca (ictus isquémico) o bien, por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral (ictus hemorrágico).

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes. Son la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas y una de las principales causas de déficit neurológico en el anciano. El daño cerebral supone una rotura en la trayectoria vital del paciente y, por su elevado coste sociosanitario, condiciona las situaciones familiares, sociales e institucionales.

2.3. Hipertensión arterial

Según García-Arilla, la HTA la define como una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

Es el término empleado para describir la presión arterial alta. La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg). Uno o ambos de estos números pueden estar demasiado altos.

El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica. La presión arterial normal es cuando mide

menos de 120/80 mmHg la mayoría de las veces. La presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o por encima la mayoría de las veces. Si los números de la presión arterial están entre 120/80 y 140/90 o superior, pero por debajo de 140/90, esto se denomina prehipertensión. (32)

Según Sellén Crombet J., en su libro, Hipertensión arterial, diagnóstico, tratamiento y control, menciona los siguientes componentes:

a. Fisiopatología

Partiendo de la base de que la finalidad de la PA consiste en mantener una adecuada perfusión hística a lo largo del tiempo y en cualquier circunstancia, se comprende que deben existir mecanismos de regulación que permiten seguir este objetivo. De acuerdo a la ecuación hidráulica, la PA es directamente proporcional al producto del VM (volumen minuto) x la RP (resistencia periférica). El VM es la expresión de la frecuencia cardíaca por el volumen sistólico. Tanto en individuos normales como en hipertensos la PA es mantenida por la regulación momento a momento del gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica, ejercida en tres sitios anatómicos: arteriolas, vénulas postcapilares y corazón. Un cuarto sitio anatómico de control, el riñón, contribuye a mantener la PA al regular el volumen de líquido extracelular. Los barorreflejos mediados por los nervios simpáticos actúan en combinación con mecanismos humorales, incluyendo el sistema renina-angiotensina-aldosterona, para coordinar la función de estos cuatro sitios de control y mantener la PA dentro de límites normales.

En la regulación de la PA intervienen el sistema nervioso central, los riñones y el sistema endocrino, cada uno de ellos participa con una velocidad e intensidad de respuesta distinta, siendo muy rápidos los dependientes del SNC (actúan en segundos), de respuesta intermedia (minutos u horas) los sistemas de control mediados por hormonas y lentos los mediados por los riñones.

La presión arterial en un paciente hipertenso sin tratamiento es controlada por los mismos mecanismos que operan en los normotensos. La regulación en la hipertensión diferiría de lo normal en que los barorreceptores y los sistemas renales de control sanguíneo, volumen-presión, estarían desplazados a un valor superior de PA.

b. Mecanismos normales de control de la presión arterial

b.1. Neurológicos:

-Barorreceptores: Al subir la PA se activan los barorreceptores localizados en los senos aórtico y carotídeo. Estos envían señales al centro vasomotor del bulbo y al núcleo tracto solitario (verdadero centro regulador de la PA). La eferencia se hace a través del sistema nervioso autónomo para disminuir la actividad cardíaca y dilatar los vasos periféricos, con lo cual desciende la presión arterial a sus valores primitivos. Este mecanismo es eficiente entre 100 y 180 mm de Hg de presión arterial sistólica.

-Quimiorreceptores: Cuando la presión arterial sistólica disminuye a 80 mm de Hg o menos, actúan los quimiorreceptores de los cuerpos aórticos y carotídeos, vía centro vasomotor bulbar. Estos quimiorreceptores detectan cambios en la presión parcial de oxígeno (PO₂), presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂) y pH arteriales como consecuencia de la llegada de una escasa cantidad de oxígeno y la mala eliminación del dióxido de carbono.

-Respuesta isquémica del SNC: Cuando la presión arterial sistólica cae a valores de 40-50 mm de Hg se dispara este potente mecanismo de eferencia bulbar y por respuesta simpática, envía señales que provocan vasoconstricción periférica y aumento de la actividad cardíaca, tendientes a elevar la PA hacia la normalidad.

b.2. Endocrinos:

El sistema renina-angiotensina-aldosterona se activa cuando se produce un descenso de la presión arterial, de la volemia, del sodio o cuando se produce

un aumento del potasio. Este sistema produce vasoconstricción por acción de la angiotensina II y retención de sal por la aldosterona. La aldosterona liberada por aumento de la osmolaridad, actúa a nivel renal reteniendo agua. El péptido auricular natriurético jugaría un rol como mediador antihipertensivo.

b.3. Renales:

Los riñones como tercer mecanismo, al controlar el volumen sanguíneo constituyen el principal factor responsable de la regulación a largo plazo de la PA con ganancia infinita, es prácticamente perfecto y es el que en última instancia promueve el ajuste fino y exacto de la PA. Esquemáticamente el riñón actúa de la siguiente manera:

-La reducción de la presión arterial lleva a una hipoperfusión renal lo que produce redistribución intrarrenal del flujo sanguíneo y un incremento en la reabsorción de sal y agua, con lo cual aumenta la volemia y la PA.

-A la inversa, un aumento de la PA produce natriuresis y retorno de la PA sus valores normales. Aparentemente la hipertensión resultaría en última instancia una alteración renal para eliminar el agua y la sal que se incorpora normalmente, de tal manera que para balancear lo que ingresa debe hacerlo a costa de una mayor PA.

b.4. Otros mecanismos: La serotonina como neurotransmisor modulador de acción central y periférica, a través de los diferentes subtipos de receptores, también jugaría un rol como prohipertensiva. El factor de relajación endotelial o EDRF, es un factor local liberado por el endotelio vascular, que posee acciones relajantes del músculo liso vascular es decir, acciones antihipertensivas. La endotelina es un péptido derivado del endotelio, capaz de producir contracción sostenida del músculo liso vascular de arterias. Se considera un importante péptido regulatorio cardiovascular y fue observado que cuando se libera en cantidades anormalmente grandes puede tener un rol en la hipertensión, debido a sus potentes acciones vasoconstrictoras a nivel renal, coronario y sistémico, lo

cual disminuye la excreción de sodio y activa el sistema renina angiotensina aldosterona.

La terapéutica antihipertensiva depende necesariamente de la interferencia con los mecanismos fisiológicos que regulan la PA. Así, los bloqueantes cálcicos disminuyen la resistencia periférica y reducen la PA, los diuréticos disminuyen la PA aumentando la excreción de sodio del organismo y reduciendo el volumen circulante; los inhibidores de la enzima de conversión que interfieren con el sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduciendo la resistencia vascular periférica y por consiguiente la PA. Los simpaticolíticos interfieren con las funciones del sistema adrenérgico, presinápticamente o por bloqueo de los receptores alfa o beta. Por otra parte los agentes musculotrópicos producen vasodilatación por acción directa y descenso de la PA.

c. Factores de la hipertensión arterial

- Cantidad de agua y sal en el organismo
- Estado de los riñones, del sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Niveles de hormonas en el cuerpo
- Rigidez de los vasos sanguíneos, por ellos, la presión arterial está demasiado alta a medida que uno va envejeciendo, ya que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad.
- Raza
- Contextura
- Estrés o ansiedad
- Ingesta de alcohol (más de un trago al día para las mujeres y más de dos para los hombres).
- Come demasiada sal en los alimentos

-Antecedentes familiares

-Diagnóstico de diabetes.

-Fuma.

La mayoría de las veces no se identifica ninguna causa de presión arterial alta, lo cual se denomina hipertensión esencial. La hipertensión causada por otra afección médica o medicamento se denomina hipertensión secundaria.

d. Síntomas de la hipertensión arterial

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando van al médico o se la hacen medir en otra parte. Debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden desarrollar cardiopatía y problemas renales sin saber que tienen hipertensión arterial. Si se tiene un dolor de cabeza fuerte, náuseas o vómitos, confusión, cambios en la visión o sangrado nasal, puede tener una forma grave y peligrosa de hipertensión arterial llamada hipertensión maligna.

e. Medición, control y prueba de la hipertensión arterial

Se puede realizar utilizando un esfigmomanómetro de mercurio, más exacto, o uno aneroide, necesitando, éste último, de calibración cada 6 meses con un aparato de mercurio. Hoy es cada vez más frecuente la utilización de aparatos electrónicos, que eliminan el sesgo del observador y facilitan las mediciones repetidas en la consulta, ó en el domicilio del paciente. Los monitores que se utilizan en los dedos no son exactos. Tampoco están validados los monitores de muñeca. Las condiciones y técnica que debe de cumplir una medición adecuada se describen a continuación; aunque referidas al esfigmomanómetro de mercurio, son aplicables al resto de aparatos.

e.1. Condiciones del paciente:

Previamente, debe estar sentado tranquilamente durante al menos 5 minutos; con el brazo relajado y apoyado en una mesa, para que esté a la altura del corazón, y la espalda apoyada sobre el respaldo del asiento. Hay que colocar el manguito a la altura del corazón sea cual sea la posición del paciente. En pacientes mayores de 65 años, diabéticos ó en tratamiento antihipertensivo, se deben evaluar los cambios con la postura, midiendo la PA tras dos minutos de permanecer de pié. No tomar café ni fumar en los 30 minutos previos y evitar los estimulantes adrenérgicos (descongestionantes nasales o anticatarrales con simpaticomiméticos). Ambientes cálidos, evitando temperaturas extremas y ruidos.

e.2. Condiciones del equipo:

La bolsa de goma del manguito debe rodear, al menos, el 80% de la circunferencia del brazo y cubrir 2/3 de la longitud del mismo; si es o no ocurre, colocar la zona de la bolsa sobre la arteria radial. El borde inferior del manguito debe estar, como mínimo, 2 cm por encima de la flexura del codo para impedir el contacto con el fonendoscopio. Un manguito demasiado corto o estrecho, origina lecturas falsamente elevadas, y uno demasiado largo o ancho, valores falsamente bajos. Es necesario disponer de manguitos de varios tamaños (anchura del manguito / longitud de la goma interior en neonatos: 2,5 cm./rodear el brazo; niño de 1-4 años: 5 cm/rodear el brazo; adulto normal: 12-13cm/ 23cm; adulto obeso 15-16cm/33cm; para muslo 18 cm/36 cm). Debemos utilizar la campana del estetoscopio. Para evitar interferencias, los tubos del manguito deben quedar en la parte superior.

e.3. Técnica:

En cada visita hay que tomar al menos dos lecturas, separadas de uno a dos minutos, para garantizar el restablecimiento del flujo sanguíneo normal. Si entre ambas existe una diferencia de 5 mmHg o mayor, realizar lecturas

adicionales. Para el diagnóstico, se debe obtener tres series de lecturas con una semana al menos de intervalo entre las mismas. Según los valores de PA iniciales, se recomienda un seguimiento. Conviene, inicialmente, tomarla en los dos brazos, especialmente si hay datos de enfermedad vascular periférica, y si difiere, usar en adelante el brazo con presión más alta. Si la presión arterial está elevada, especialmente en pacientes de menos de 30 años, se debe tomar la PA en el muslo.

Inflar el manguito rápidamente, a la vez controlamos el pulso radial, hasta una presión 20 mmHg por encima de la desaparición del pulso y, en todo caso, hasta 180 mmHg, para evitar lagunas auscultatorias. Colocar la campana del fonendo en la flexura del codo, donde se ha localizado el latido arterial, y desinflar el manguito a razón de 2-3 mmHg por segundo. El primer ruido que se escucha indica la presión sistólica y la desaparición de ruido (fase V de Korotkoff) la presión diastólica. En niños y algunos adultos, la fase V de Korotkoff llega al cero de la columna de mercurio, y entonces hay que considerar como presión diastólica aquella en la que se atenúa la tonalidad del latido (fase IV de Korotkoff). Si los ruidos son débiles, elevar el brazo del paciente, abriendo y cerrando la mano 5-10 veces e inflar el manguito rápidamente. No se debe redondear la cifra obtenida. Hay que anotar la presión, la posición del paciente, el brazo y el tamaño del manguito.

e.4. Evaluación Médica del Hipertenso:

Paciente controlado:

Al inicio, se confirma la presencia de hipertensión. Cuando exista una duda acerca del diagnóstico previo de HTA, se podrá verificar el mismo previo retiro de la medicación siempre que se cumpla con las siguientes condiciones:

- ✓ Cifras de TA. Normales en el último año: <140/90 mmHg.
- ✓ Mantener las medidas no farmacológicas.
- ✓ Seguimiento a las 2-3 semanas.

- Realizar exploración clínica (detallándola en la historia clínica).
- Descartar Hipertensión secundaria.
- Establecer un perfil de riesgo cardiovascular.
- En caso de que se asocie a diabetes, solicitar microalbuminuria.
- Educación sanitaria.

El Seguimiento:

Será suficiente una visita anual con control clínico y de laboratorio completo. El ECG, será cada dos años si no hay problemas o enfermedades asociadas. El Fondo de ojo será anual si la HTA, se asocia con Diabetes, y a discreción según la evolución de la enfermedad.

Paciente no controlado:

- ✓ Si inicia con HTA leve: muestra la necesidad de instaurar tratamiento.
- ✓ Si inicia con HTA moderada – grave, una vez establecidas las medidas no farmacológicas y el tratamiento, se citará para nuevo control en 15-30 días, el cual se repetirá las veces necesarias hasta obtener un control satisfactorio, y mientras se hayan modificado las indicaciones. Conseguido el control se citará al paciente para control trimestral en dos ocasiones y posteriormente anual.
- Evaluación de Enfermería del Hipertenso.

Al Inicio:

- Confirmación del diagnóstico de HTA por el médico
- Completar Historia Clínica.

- Solicitar pruebas analíticas (Hemograma, glicemia, creatinina, Ac. Urico, Colesterol, Triglicéridos, TGO, TGP, Ionograma, Calcio, Fósforo, Orina Completa), ECG.

- Seguimiento

- Educación Sanitaria.

- Remitir a médico para evaluación.

El Seguimiento y control del Paciente hipertenso:

- HTA leve y en HTA moderada y grave sin control consulta a médico.

- HTA de cualquier grado controlada: visita programada con una periodicidad de 3 a 6 meses, en la que se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Control de frecuencia cardíaca.

- Control de peso (en obesos).

- Control en dos ocasiones en el mismo brazo de control.

- Evaluar el cumplimiento terapéutico.

- Detectar efectos secundarios con una entrevista dirigida.

- Registrar los hábitos de tabaco y el consumo de alcohol si existe.

- Educación sanitaria.

Para derivación:

En caso de requerir diagnóstico por: sospecha clínica de HTA de bata blanca, evaluación de HTA refractaria, HTA sintomática en pacientes tratados, discordancia entre las cifras de presión arterial y daño orgánico.

- Crisis hipertensiva

Se realizarán dos o tres mediciones cada vez, dejando dos minutos entre toma y toma para que la arteria recupere su estado fisiológico normal. La primera medición del día hay que hacerla por la mañana antes de tomar el desayuno y la medicación. Las tomas de la noche deberán realizarse antes de tomar la cena y la medicación correspondiente. Hacer la medición sentado, con la espalda bien apoyada en el respaldo y sin cruzar las piernas. Coloca el brazo descansando en una mesa y mantenlo inmóvil. No hables durante la toma. Luego apuntar los valores con fecha y hora, sin redondear las cifras que te dé el tensiómetro. Anotar cada vez los valores de presión arterial máxima, mínima y pulso.

f. Tratamiento de la hipertensión arterial

f.1. No farmacológico:

Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio (pacientes con riesgo bajo-medio) como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Los objetivos de las medidas no farmacológicas son:

- Reducir la presión arterial.
- Reducir las necesidades de fármacos antihipertensivos y aumentar su eficacia.
- Abordar los demás factores de riesgo existentes.
- Prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares asociados en la población.

Así tenemos:

- ✓ Reducción de peso:

El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso

de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física. La reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico y, además, puede reducir significativamente los factores concomitantes de riesgo cardiovascular, tales como diabetes y dislipemia. Debe ser un objetivo constante la reducción de peso y mantenimiento en el peso ideal en el sujeto hipertenso y para ello el especialista en consulta debe recordar incluir siempre el consejo dietético y, en principio, recomendar una reducción de peso de alrededor de 5 Kg con nuevas disminuciones de 5 Kg en función de la respuesta obtenida y el peso del paciente.

✓ Reducción del consumo excesivo de alcohol:

En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro. La relación entre alcohol y presión arterial observa una forma en J ó U, lo que sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol / día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo. Por ello, hemos de recordar que en los bebedores cuyo patrón es de fin de semana, es posible diagnosticar una hipertensión al principio de la semana cuyas cifras serán bastante menores al final de la misma. Además un alto consumo de alcohol se asocia también con una mayor frecuencia de presentación de ACV hemorrágico y también con aumento de la morbimortalidad total, aunque se demuestra claramente una relación inversa entre el consumo de

alcohol y la mortalidad coronaria. En consumos moderados de alcohol se pierde la correlación con la hipertensión y el ACV y se sigue manteniendo una correlación inversa con la cardiopatía isquémica. Ateniéndonos a los datos disponibles, no se tiene ninguna razón científica para recomendar a un sujeto abstemio que consuma cantidades moderadas de alcohol; pero sí está justificado dar al bebedor de más de 30 g de alcohol / día consejo encaminado a la reducción de su consumo a cantidades de 20-30 g/día, si es varón, y de 10-20 g/día, si es mujer.

✓ Abandono del tabaco:

Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración. De lo que no cabe duda es de la relación existente entre el tabaco y las enfermedades cardiovasculares, de manera que el hipertenso que fuma, puede no estar recibiendo toda la protección contra enfermedades cardiovasculares mediante terapia antihipertensiva.

✓ Reducción del consumo de sal:

Los estudios demuestran que una reducción muy pronunciada de la ingestión de sal, disminuye la presión arterial en pacientes hipertensos, pero a pesar de esto, los datos que implican a la sal en la etiopatogenia de la hipertensión son contradictorios y aunque es muy posible que exista una relación entre sodio y presión arterial, es muy difícil ponerla de manifiesto. Existe una correlación positiva y significativa entre ingesta de sodio y niveles de presión arterial, que persiste, incluso, tras el ajuste por índice de masa corporal, ingesta de alcohol y de potasio. El descenso de presión arterial que se obtiene es pequeño y, a nivel individual, tendría relativa poca importancia, pero a nivel poblacional tendrían una

indudable trascendencia en lo que se refiere a morbilidad cardiovascular. Para conseguir una reducción considerable de la presión arterial tan sólo con esta medida, hay que reducir la ingestión de sodio a menos de 70 mmol/día. La reducción de la presión arterial que se produce tras la restricción de sodio, a igualdad de condiciones, es también mayor cuanto mayor es la edad del paciente. Hemos de recordar que no todos los hipertensos presentan sensibilidad a la sal, sino que una proporción que varía entre el 20 y el 40% de la población, tanto normotensa como hipertensa, sería sensible a la sal. Por ello, en caso de encontrar una fuerte correlación entre los niveles de presión arterial y el consumo de sodio, se hallaría, precisamente, en los sujetos sensibles a la sal. Podemos concluir que la sal representa un papel en la elevación de las cifras de presión arterial, pero queda por demostrar que la reducción de la ingesta de sodio se acompaña de una disminución de los niveles de presión arterial. En cualquier caso, hoy se recomienda reducir la ingesta de sodio en los hipertensos a un consumo inferior a 100 mmol/día (5,8 g) de sodio o menos de 6 g de cloruro sódico.

✓ Aumento de la actividad física:

Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de $-4/-4$ mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Para explicar esto se consideran una serie de hipótesis: reducción de la eyección cardíaca, disminución de las resistencias vasculares periféricas por mayor diámetro de los vasos de resistencia como consecuencia

de la apertura y proliferación del lecho capilar en los músculos entrenados, reducción de la actividad simpática y de la resistencia a la insulina o el efecto natriurético del ejercicio.

✓ Ingesta de potasio:

La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida. Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.

✓ Dieta:

El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, per se, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas. Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado. No se ha demostrado que los suplementos de calcio ó magnesio tengan un efecto significativo sobre la PA en sujetos sin déficit. Tampoco se ha encontrado modificación de la presión arterial en ensayos controlados utilizando proporciones variables de hidratos de carbono, ajo ó cebolla en la dieta.

✓ Relajación:

El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo en estudios realizados sobre terapias de relajación, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial.

- Farmacológico:

Independientemente de la causa de la hipertensión arterial, hay un amplio abanico de medicamentos para tratarla, que suelen emplearse en etapas, hasta encontrar el plan personal de medicamentos que funciona en cada paciente hipertenso.

✓ Diuréticos:

Generalmente, el primer medicamento de elección en la HTA es un diurético. Aumenta la eliminación de orina y sal del organismo, lo que sirve para bajar la presión arterial, tanto por el líquido perdido como porque así disminuye la resistencia al flujo sanguíneo de los vasos del organismo.

-Diuréticos tiazídicos: Se consideran de primera elección, aunque tiene efectos secundarios a largo plazo no despreciables (aumento del ácido úrico en la sangre, descompensación de electrolitos (sales), etc.). Las tiazidas no son eficaces en caso de insuficiencia renal avanzada (creatinina sérica > 2,5 mg/dl). En este caso se suelen utilizar la metolazona, la indapamida o diuréticos de alto techo (furosemida). No se utilizan para la HTA los diuréticos ahorradores de potasio.

Con los diuréticos, se nota que la persona orina mucho más frecuentemente y más rápido tras la ingesta de líquidos. Aparte de ello, los efectos colaterales de los diuréticos son pocos, destacando la pérdida de potasio o hipopotasemia, que obliga a seguir los niveles de potasio en sangre mediante análisis y a tomar suplementos de potasio, ya que no suele bastar con la ingesta

de frutas ricas en potasio (naranja, plátano) para corregir los déficits de potasio causados por diuréticos. Si se toma poca sal, el diurético será más eficaz y la pérdida de potasio será menor.

Indicaciones de los diuréticos:

- HTA por exceso de volumen
- HTA del anciano
- Hipertensión dependiente de la dieta- obesidad
- En HTA con insuficiencia cardiaca.

Clasificación de los Diuréticos, dosis y duración de su acción			
Grupo	Nombre genérico	Dosis (mg/día)	Duración de la acción (h)
TIACIDAS	Clorotiacida	125-500	6-12
	Hidroclorotiacida	12,5-50	12-24
	Clortalidona	12,5-50	24-48
	Indapamida	1,25-5	24
	Metolazona	0,5-10	24
	Bendroflumetiácida	2,5-5	24
DIURÉTICOS DE ASA	Furosemida	20-480	8-12
	Ácido etacrínico	25-100	12
	Bumetanida	0,5-5	8-12

	Piretanida	3-6	6-8
AHORRADORES DE POTASIO	Espironolactona	25-100	8-24
	Triamtereno	50-150	12-24
	Amilorida	5-10	12-24

✓ Betabloqueadores

Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza.

Efectos de los de los betabloqueantes en la hipertensión arterial:

- Reducen el gasto cardíaco
- Reducen el volumen sistólico
- Reducen la frecuencia cardíaca
- Inhiben la secreción de renina
- Poseen efecto antisimpático central
- Estimulan la producción de cininas
- Estimulan la liberación del péptido natriurético atrial
- Pueden producir una sensación de fatiga, disminuyen la capacidad de hacer ejercicio, impotencia, producen asma, cansancio y letargia que limita mucho su uso.
- Algunos de ellos pueden disminuir los niveles del colesterol "bueno" o HDL.
- Están más indicados en los casos de HTA con taquicardia, en cardiopatía isquémica, en la asociada a migraña y glaucoma.

Clasificación de los betabloqueantes:

Nombre genérico	Dosis (mg/día)	Duración (h)
Atenolol	25-100	24
Bisoprolol	5-20	24
Metoprolol	5-200	12-24
Nadolol.	20-240	24
Oxprenolol	30-240	8-12
Propranolol	40-240	8-12
Timolol	20-40	8-12
Labetalol	200-1200	8-12
Carvedilol	50-50	12-24

✓ Calcio-antagonistas

Los bloqueantes de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células. Esto disminuye la tendencia de las arterias pequeñas a estrecharse, disminuyen la contractilidad miocárdica y disminuyen las resistencias vasculares periféricas. Como efectos secundarios se deben describir los edemas maleolares, el rubor facial y cefalea, la hipotensión ortostática, el estreñimiento y las bradicardias.

Indicaciones principales de los antagonistas del calcio:

-Hipertensión arterial con isquemia coronaria

-HTA con extrasístoles ventriculares

-HTA con fibrilación auricular

-HTA con Taquicardias paroxísticas supraventriculares

Clasificación de los calcio-antagonistas:

Dosis y duración de la acción

Grupo	Subgrupo	Nombre genérico	Dosis (mg/día)	Duración de la acción (h)
DIHIDROPIRIDINAS	de primera generación	Nifedipino	30-120	8
	de segunda generación	Amlodipino	2,5-10	24
		Felodipino	5-40	24
		Nitrendipino	10-40	24
		Lacidipino	4	24
		Nicardipino	20-40	12-16
		Isradipino	25	12-16
BENZOTIACEPINAS		Diltiacem	90-360	8
FENILALQUILAMINAS		Verapamilo	80-480	8

✓ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS)

Como los anteriores, disminuyen la tendencia de las arterias pequeñas a estrecharse, pero por un mecanismo distinto. Impiden que se genere un producto del organismo que se llama angiotensina II, y sin el cual no se puede producir la renina (que eleva la TA y estrecha los vasos).

Indicaciones de los IECAs son:

- Hipertensión arterial esencial
- Hipertensión arterial con complicaciones diabetes o hipercolesterolemia
- Hipertensión arterial con Insuficiencia cardiaca congestiva o mala función ventricular
- Hipertensión arterial con alteraciones o mala función renal

Los efectos secundarios que más se describen son, la tos, la hipotensión, cefaleas, edema angioneurótico, exantemas en la piel, y la elevación de la urea.

Clasificación con dosis y duración de la acción de los IECAs:

Grupo	Nombre genérico	Dosis (mg/día)	Duración de la acción (h)
Grupo sulhidrido	Captopril	12,5-150	6-12
Grupo carboxilo	Enalapril	5-40	12-24
	Benazepril	10-20	10-20
	Cilazapril	2,5-5	12-24
	Lisinopril	5-40	12-24

	Perindopril	2-16	12-24
	Quinapril	5-80	12-24
	Ramipril	2,5-5	12-24
	Trandolapril	2,5-5	12-24
Grupo fosfonilo	Fosinopril	5-40	12-24

✓ Otros medicamentos antihipertensivos:

-Vasodilatadores: Producen la dilatación de las arteriolas por acción directa sobre la musculatura lisa (relajan). Esta dilatación origina taquicardia refleja y retención salina por lo que se suelen utilizar asociados a un diurético y un Betabloqueante que contrarrestan dichos efectos. Algunos de ellos son: Hidralazina, Minoxidilo, Diazóxido, Nitroprusiato sódico. La hidralazina se usa como tercer fármaco en hipertensión. Se debe tener cuidado con la dosis. Si ésta es mayor de 200 mg existe el riesgo de un síndrome similar al lupus eritematoso. El minoxidilo produce hipertriosis (aumento del vello), pero es eficaz en muchos casos refractarios a otro tratamiento. El nitroprusiato sódico y el diazóxido se emplean exclusivamente en crisis hipertensas. Para la HTA severa se han utilizado Hidralazina y Diazóxido. El Nitroprusiato se usa en situaciones de urgencia (Crisis hipertensivas), cuando una TA extremadamente alta puede poner en peligro la vida.

-Alcaloides totales, Reserpina, Bietaserpina: Su efecto se basa en el vaciamiento de los depósitos de catecolaminas (mediadores de la respuesta nerviosa autónoma- involuntaria) a nivel central y periférico. Se suelen usar siempre asociados a diuréticos, por lo que suelen tener efectos secundarios a nivel gastrointestinal y del S.N.C. (depresión). Se usan bastante en ancianos (no se pierde demasiado su efecto por su toma irregular y son una sola dosis al día). La

reserpina, la rauwolfia, la guanetidina, y algunos alcaloides son otras sustancias empleadas. Cada una de ellas tiene situaciones que la hacen útil y otras que limitan sus usos.

g. Complicaciones de la hipertensión arterial

Cuando su presión arterial no está bien controlada, usted está en riesgo de:

g.1. Sangrado de la aorta:

El vaso sanguíneo grande que suministra sangre al abdomen, a la pelvis y a las piernas: El ventrículo izquierdo es el encargado de bombear la sangre arterial para que el oxígeno y los nutrientes lleguen a todas las partes de nuestro cuerpo. Del ventrículo izquierdo la sangre pasa a la arteria aorta, que es la arteria más grande de nuestro cuerpo y de la que nacen el resto de las arterias que llevan la sangre a los distintos órganos. Para que la sangre salga del ventrículo a la aorta, el corazón tiene que vencer la presión de la sangre que se encuentra ya en el interior de la aorta: esto es lo que llamamos presión o tensión arterial. Cuanta más alta sea la tensión arterial, mayor fuerza tiene que hacer el corazón para bombear la sangre por las arterias. Debido a esto, si la tensión arterial es alta el corazón aumenta de grosor (lo que se conoce como "cardiopatía hipertensiva") con el fin de ejercer más fuerza y vencer la resistencia de la tensión arterial.

g.2. Enfermedad renal crónica:

La hipertensión es la causa principal de la insuficiencia renal crónica. Con el tiempo, la hipertensión puede dañar los vasos sanguíneos que recorren todo el cuerpo. Esto puede reducir el suministro de sangre a órganos importantes como los riñones. La hipertensión daña también las diminutas unidades filtrantes de los riñones. En consecuencia, los riñones pueden dejar de eliminar los desechos y líquidos extras de la sangre. El líquido extra en los vasos sanguíneos puede

aumentar la presión arterial aún más. La hipertensión puede ser también una complicación de la insuficiencia renal crónica. Los riñones juegan un papel fundamental para mantener la presión arterial en un nivel saludable. Los riñones enfermos son menos capaces de ayudar a regular la presión arterial. En consecuencia, la presión arterial aumenta. Si la persona tiene insuficiencia renal crónica, la hipertensión aumenta las posibilidades de que la enfermedad del riñón se empeore y de tener problemas cardíacos. Seguir un plan de tratamiento y mantener la presión arterial controlada pueden ayudar a evitar que la insuficiencia renal empeore así como la enfermedad cardíaca.

g.3. Ataque cardíaco e insuficiencia cardíaca:

El aumento de grosor es perjudicial, ya que produce una mayor dificultad para que los ventrículos se llenen completamente de sangre antes de que se produzca de nuevo la contracción del corazón y ésta sea expulsada hacia las arterias. Es como intentar inflar con aire un globo que está fabricado con una goma muy dura: habría que soplar con mucha fuerza y probablemente no se podría hinchar completamente. Al no llenarse adecuadamente los ventrículos, la sangre se acumula en la circulación pulmonar y en los pulmones, produciendo una sensación desagradable de dificultad para respirar denominada “disnea”, uno de los síntomas más característicos de la insuficiencia cardíaca.

g.4. Mala circulación a las piernas:

Mala circulación sanguínea es la incapacidad de la sangre para llegar a todas las células y órganos del cuerpo en cantidades suficientes para asegurar que tal órgano realiza tareas satisfactoriamente. Un órgano en el cuerpo como el riñón normal requiere una cierta cantidad de sangre para alcanzar sus células para obtener el máximo rendimiento. Mala circulación sanguínea conduce a muchos problemas complejos que afectan a muchas partes del cuerpo y sus órganos. El problema de circulación sanguínea deficiente no sólo manifiesta de repente en las personas. Generalmente, este problema lleva mucho tiempo

desarrollar. Este problema a menudo está relacionado con estilos de vida, o a las enfermedades y otras dolencias. El corazón es un órgano muy paciente, pero a menudo hay abuso por individuos debido a modos de vida malsanos. Una dieta desequilibrada y ejercicio físico insuficiente pueden causar las grasas excesivas ser depositado en las paredes de la obstrucción de las arterias, provocando a veces total o parcial. El podría resultar en un ataque al corazón cuando las arterias están completamente bloqueadas. El corazón es el órgano central que bombea sangre a las arterias y venas del cuerpo. Cuando el corazón recibe menos sangre, no sólo tiene bombear menos sangre, pero el corazón puede estar en peligro. Algunos de los síntomas de este problema podrían ser dolores en el pecho constante, un aumento en los niveles de colesterol o presión arterial alta. Estos problemas a menudo causan cansancio y a veces conduce a problemas respiratorios.

g.5. Accidente cerebrovascular:

La presión arterial alta es el factor de riesgo más común del ACV. Los médicos han denominado a la presión arterial alta “el asesino silencioso”, porque usted puede tener presión arterial alta y nunca manifestar ningún síntoma. Si no se la trata, la presión arterial alta puede ocasionar problemas médicos que pueden poner en peligro la vida, como un ACV, un ataque cardíaco o insuficiencia renal. La presión arterial alta es una de las causas más comunes del ACV porque ejerce tensión innecesaria sobre las paredes de los vasos sanguíneos, lo que hace que se engrosen y deterioren, y que, en consecuencia, se produzca un ACV. También puede acelerar varias formas comunes de enfermedad cardíaca. Cuando las paredes de los vasos sanguíneos se engrosan con el aumento de la presión arterial, el colesterol u otras sustancias similares a las grasas se pueden despegar de las paredes de las arterias y obstruir una arteria cerebral. En otros casos, el aumento de tensión puede debilitar las paredes de los vasos sanguíneos, produciendo una rotura del vaso y una hemorragia cerebral.

g.6. Problemas con la visión:

El incremento de la tensión arterial altera los vasos sanguíneos. En la retina existen multitud de arterias y venas que recorren su superficie. Cuando la tensión arterial aumenta, los vasos y los tejidos que los rodean sufren alteraciones: aumento de permeabilidad, que provoca la salida de líquido y sustancias del plasma hacia la retina. Algunos vasos sufren una importante contracción, disminuyendo el flujo sanguíneo hacia algunas regiones de la retina que quedan dañadas por la falta de riego sanguíneo. También pueden producirse hemorragias debidas al daño sufrido por los vasos. La salida de líquido procedente de estos puede dar lugar, finalmente, a edema de la retina. En los casos más graves, puede afectarse también la coroides (capa que rodea a la retina), dando lugar a coroidopatía hipertensiva. Cuando la enfermedad está muy avanzada acaba afectando al nervio óptico. Se denomina papiledema la acumulación de líquido en el tramo inicial del nervio óptico (llamado papila óptica). Ambos son signos avanzados de hipertensión y pueden acompañarse de alteraciones significativas de la visión. (33)

2.4. Promoción y prevención de la hta

Según el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial menciona que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de adultos mayores hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo; el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 advierte que uno de cada tres adultos mayores tiene presión arterial alta en todo el mundo, afección que ocasiona alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente

cerebrovascular (ACV) y enfermedad cardíaca. De esta manera, pone de relieve el creciente problema de la carga de enfermedades no transmisibles (ENTs).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 realizada en 24 departamentos del país por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se concluyó que el 34% de los adultos mayores de 60 años del país sufren de hipertensión arterial. Los resultados del estudio indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en personas de 60 años a más se registra en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %).

En los Lineamientos de Política de Salud del MINSA 2007-2020, se encuentra como segundo punto, sobre vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Estas se intervendrán a través de estrategias sanitarias nacionales las cuales se gestionarán por medio de la articulación multisectorial de tal manera que la acción e intervenciones para su abordaje sean en todos sus aspectos. Para las enfermedades no transmisibles, se desarrollará un conjunto de intervenciones que pongan énfasis en el abordaje desde el primer nivel de atención que busca la detección precoz y el tratamiento oportuno buscando evitar las complicaciones tardías, en este marco resulta importante abordar la Hipertensión Arterial.

Dentro de las metas, objetivos y estrategias del MINSA, se encuentra el de controlar las enfermedades crónico degenerativas; que tiene como objetivo, la prevención y control de la hipertensión arterial; se mencionan: desarrollar estrategias preventivas dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la HTA en la población adulta, desarrollar estrategias de diagnóstico precoz, tratamiento y control adecuado de los pacientes con HTA, promoción de estilos de vida saludables (evitar el sedentarismo, tabaco, obesidad, stress y desarrollar actividad física regular), promover grupos organizados (grupo de ayuda) para la

promoción y prevención de las enfermedades crónico degenerativos y el de incorporar las prestaciones de salud de HTA al plan de aseguramiento universal.
(34)

2.5. Autocuidado

Según Taylor, S, el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Orem define el objetivo de la enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

Los requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo. (35)

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

2.6. Rol de la enfermera

Según Milos P., la enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que d. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- ✓ Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- ✓ Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- ✓ Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- ✓ Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- ✓ Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Para el caso de hipertenso, el paciente debe ser advertido de los terribles efectos de una hipertensión no tratada y animado a realizar visitas regulares al médico. También necesita conocer los efectos de los fármacos que ingiere. La enfermera debe desarrollar programas de educación para la Salud.

La Educación para la Salud, en la Atención Primaria es considerada un instrumento para la participación de la Comunidad. La OMS indica que las actividades de información y Educación para la Salud deben encaminarse: “a aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para participar en la acción sanitaria y de la auto-responsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable”.

Para mejorar la salud de las personas es necesario que los individuos aumenten sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, utilidad de los Servicios de Salud y factores que actúan sobre la salud. (36)

2.7. Estrategias educativas

Según Beltrán, “La estrategia es un conjunto de actividades mentales cumplidas por el sujeto, en una situación particular de aprendizaje, para facilitar la adquisición de conocimientos”.

Según Díaz - Barriga, F. y Hernández, G., el modelo de educación para la salud, refiere que las sesiones educativas, las técnicas o ayudas didácticas y el propio educador, comprenden los instrumentos del proceso enseñanza-aprendizaje. Las estrategias usadas en la intervención educativa de enfermería, son sesiones educativas, entendidas como reuniones de corta duración, donde se imparte enseñanza a grupos de personas o en forma individual; deben ser con repeticiones de la información para reforzar la comprensión y el aprendizaje por parte de cada uno de los participantes, es decir, para grabar más el mensaje y

desarrollar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras. La duración de las sesiones también influye en la capacidad del aprendizaje, las sesiones prolongadas hacen que la atención que dura 20 minutos se tolera más fácilmente y retienen el interés del paciente en el material.

En las sesiones educativas se debe hablar despacio y con buena vocalización; evitar los ruidos y situaciones que distraigan la atención del adulto mayor, debido a que según Warner, la pérdida de la audición en la edad adulta, como proceso degenerativo del envejecimiento, es una de las causas principales de la dificultad que tienen a veces los adultos mayores para entender el habla, y el mensaje no cumple con su objetivo.

Los programas educativos deben tener información estructurada, y con sesiones de contenidos básicos y sencillos mejora el conocimiento del paciente para que sea el ideal para el aprendizaje. Para el caso del uso del material impreso, en las sesiones educativas, se requiere un lugar bien iluminado, con buena ventilación, mobiliario apropiado y con temperatura agradable; evitar las interrupciones, los ruidos persistentes, ya que distraen.

Para lograr aprendizajes significativos en los contenidos a desarrollar en la educación para la salud, se requiere de un proceso educativo con varias sesiones educativas individuales o grupales. Algunos estudios han reportado que la educación para la salud individual o grupal es igual de efectiva, esta última, es menos coste-efectiva, por lo que la recomiendan, al generar reducción en los costos en cuanto a hospitalizaciones, consultas médicas y en el consumo de medicamentos en algunas enfermedades crónicas; favoreciendo en las personas las condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida saludable al permitir la modificación de los aspectos cognitivos.

Dentro de las técnicas utilizadas en las sesiones educativas individuales, se mencionan: técnicas de expresión (escucha activa, preguntas abiertas y cerradas), abordan sobre todo el área afectiva de la persona; técnicas de análisis

(apoyo emocional, ejercicios, focalizar), enfocadas más que todo al área cognitiva; técnicas de información (información o lectura con discusión), aborda los conocimientos, el área cognitiva; técnicas de desarrollo de habilidades (ayuda a toma de decisiones, desarrollo de habilidades psicomotoras), útiles fundamentalmente en el área psicomotora, aunque también cognitivas.

En las sesiones educativas grupales, primero se debe tener claro que, un grupo está formado por dos o más personas interrelacionadas y con un interés común. Al trabajar con grupos se debe valorar las características particulares de los integrantes del grupo: edad, género, nivel de escolaridad, experiencias, ya que de ellas, depende el método de enseñanza, el lugar, las técnicas didácticas a emplear. Dentro de las técnicas más usadas en las sesiones grupales están: técnicas expositivas (exposición, lecturas, pñale de expertos, debates, videos), abordan los conocimientos dentro del área cognitiva, aunque también en parte, la emocional y psicomotora; técnicas de análisis (análisis de textos, de problemas), abordan el área cognitiva y la afectiva; técnicas de desarrollo de habilidades (ejercicios, simulaciones, demostraciones), desarrollan la capacidad de actuar, el área psicomotora.

En las sesiones grupales los métodos más comúnmente usados son la guía, el apoyo psicológico, y la enseñanza, en cada situación específica, se usarán uno o más métodos. Estas sugerencias, apoyadas por Álvarez, sirvieron de base para la programación de las sesiones de la intervención mediante el sistema de apoyo educativo, estimando que el adulto mayor tiene las capacidades de autocuidado, pero requiere ayuda del conocimiento científico del profesional de enfermería para desarrollarlas. (37)

2.8. Conocimiento

Para Flores, enfatiza que la acumulación de información eleva la calidad de vida y proporciona a las personas un nivel de supervivencia más estable y

segura, más agradable y cómoda, más humana para el individuo y para el colectivo social; de estas frases el autor quiere decir que las personas tienen mayor conocimiento sobre determinados temas, van a saber afrontar con mayor eficacia los problemas que se les presente, observándose la vida más agradable, seguro y cómoda tanto para él y su entorno social.

Entonces podemos decir que a través de la educación y el aprendizaje, se adquiere conocimientos (conceptos y/o experiencias). La Educación es un hecho social que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas. La Educación para la Salud tiene los siguientes objetivos.

-Lograr un cambio favorable en cuanto a los conocimientos y prácticas relacionadas con la salud del individuo en los grupos humanos y sociedad.

-Orientar al individuo, grupos humanos y la colectividad con la finalidad de que participen en la promoción, protección y recuperación de la salud física, psíquica y social.

a. Tipos de conocimiento

Según Hessen; divide los tipos de conocimiento en:

-El conocimiento científico, racional, filosófico: Se obtiene mediante el método de la ciencia (observación, hipótesis, experimentación, demostración, conclusiones) y puede someterse a prueba para enriquecerse. Parte del conocimiento común para someterlo a comprobación. Crea conjeturas y teorías que después contrasta con la experiencia para verificar o desmentir por medio de métodos y técnicas especiales. También se le puede llamar declarativo.

- Conocimiento declarativo o proposicional: Consiste en tener un saber sobre un tema o materia al que se llega por medio de la investigación y no por la experiencia personal. Es un saber público, lógico y coherente, verificable mediante reglas de comprobación. Es abstracto, conceptual y

es la base de los conocimientos académicos. De forma similar en el conocimiento demostrativo la mente hace conjeturas acerca de algo pero no decide inmediatamente que una idea sea verdadera o falsa, sino mediante el raciocinio en donde acude a otras ideas que ayuden a obtener claridad, es decir, a probarlas.

- Conocimiento ordinario: No es especializado y parte de la experiencia, es intuitivo, consiste en las opiniones generadas por el sentido común. Es una acumulación de información no vinculada entre sí. Es una experiencia privada de la vida cotidiana que genera impresiones humanas y tiene un punto de vista antropocéntrico (el hombre como centro del universo); su objetividad es limitada por estar relacionada con la percepción y la acción. También se le llama conocimiento natural, vulgar o popular, ya que no se ahonda en las causas de los sucesos observados y suele ser transmitido por padres o abuelos, adquirido por una práctica.
- Conocimiento Funcional: Se relaciona con la experiencia y se basa en el declarativo para llevarlo a la práctica, es un tipo de conocimiento procedimental y condicional, es flexible, específico, pragmático y de gran alcance. Para tener más claridad, el conocimiento intuitivo es lo que la mente presiente, de modo inmediato, que es correcto pensar acerca de algo, sin que otras ideas influyan este pensamiento. La mente percibe algo como verdadero y no ve la necesidad de probarlo o examinarlo.
- Conocimiento procedimental: Implica saber cómo hacer algo, se desarrolla por medio de las destrezas y no depende del conocimiento declarativo. Abarca las competencias para saber actuar en una determinada situación.
- Conocimiento condicional: Contiene al procedimental y al declarativo en un nivel teórico, influye en la toma de decisiones para saber cuándo y porque hacer algo y no hacer lo contrario.
- Conocimiento de divulgación: Se transmite a través de un medio impreso o audiovisual, puede ser original y de primera mano para ser sometido a

una crítica racional, calificado según su aporte a la ciencia. O puede ser de divulgación popular cuando ha sido sometido a cambios y posee poco nivel de conocimiento científico.

- Conocimiento sensible: Es una forma de percepción de la mente, la cual distingue una sensación acerca de algo y luego reflexiona acerca de esa sensación. Una idea llega a la mente a través de los sentidos y la memoria la revive.

b. Evaluación del conocimiento

Según Hessen; la evaluación de los aprendizajes es un proceso permanente de información y reflexión sobre el proceso de producción de los aprendizajes y requiere para su ejecución de la realización de los siguientes procesos:

- Recolección y selección de información sobre los aprendizajes de los alumnos, a través de la interacción con ellos, la aplicación de instrumentos, las situaciones de evaluación, etc.
- Interpretación y valoración de los aprendizajes en términos del grado de desarrollo de los criterios de evaluación establecidos en cada área y, por ende, el grado de desarrollo de la competencia. La valoración debe darse en términos cualitativos.
- Toma de decisión, que involucra el establecimiento de un plan de acción que permita al alumno conocer, reforzar y estimular los aprendizajes que debe desarrollar con la ayuda del docente, quien deberá planificar nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje, según las conclusiones a las que se llegue en la evaluación. (38)

3. Definición operacional de términos

-Efectividad de la estrategia educativa: capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado,

utilizando herramientas, procedimientos, pensamientos, conjunto de actividades mentales y operación mental que se utiliza para lograr aprendizajes de autocuidado de hipertensión arterial.

-Autocuidado: es la capacidad de las personas adultas mayores de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables con respecto a la hipertensión arterial.

-Adultos mayores: aquellas personas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado que participan en el Centro de atención del adulto mayor (CAM) “TAYTA WASI”.

2.2. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis formulada por el presente estudio fue:

H₁: Con la aplicación de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” se evidencia el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial del CAM “TAYTA WASI” – VMT, Lima, 2014.

H₀: Con la aplicación de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” no se evidencia el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial del CAM “TAYTA WASI” – VMT, Lima, 2014.

2.3. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo enfoque cuantitativo debido a que permite la medición y cuantificación de las variables en estudio. Es de nivel aplicativo ya que contribuye en el incremento de autocuidado de las personas adultas mayores hipertensas. Por último, el diseño metodológico o método de estudio que se utiliza, según el alcance de los resultados es un estudio cuasi-experimental, ya que permite establecer asociación causal entre las variables; teniendo de esta forma una variable independiente, estrategia educativa; cuyos cambios en la población estudiada se mide a través de las variables dependientes, siendo esta: conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado de la hipertensión.

2. Descripción del área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Atención del Adulto Mayor (CAM) “TAYTA WASI”, que está ubicado en la Av. Primavera S/N Urb. Pj San Gabriel Alto, en el distrito de Villa María del Triunfo. Dicho CAM, cuenta con los servicios de: Medicina General, Enfermería, Ginecología, Nutrición, Odontología, Terapia Física y Rehabilitación, Servicio Social, Farmacia, Laboratorio, Triage. Además ofrece talleres como Tai Chi y bisutería.

3. Población

La población estuvo conformada por los adultos mayores hipertensos que están registrados en el libro de control del programa de enfermedades no transmisibles del CAM “TAYTA WASI”, lo que resulta una cantidad de 44 personas aprox., y éstos respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores hipertensos que asisten al CAM “TAYTA WASI”.

- Adultos mayores sin problemas mentales diagnosticados ni enfermedades en etapa terminal como el cáncer que los limitaran para llenar el instrumento y/o a participar en la intervención
- Adultos mayores que asisten al 100% a la ejecución de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta”
- Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación
- Adultos mayores que hablen castellano.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que sean de otro Centro de Salud.
- Adultos mayores que no acepten participar en el trabajo de investigación.

4. Muestra

La muestra de estudio se obtuvo por fórmula estadística del tamaño de muestra de población finita (Anexo I), resultando que la cantidad mínima para realizar el estudio es de 30 personas. Así, se evaluó a 30 adultos mayores hipertensos, que asisten a la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” del CAM “TAYTA WASI” en V.M.T y que representan a los adultos mayores hipertensos registrados en el programa de enfermedades no transmisibles.

5. Variables

-Variable independiente: efectividad de la estrategia educativa sobre autocuidado de la hipertensión arterial

-Variable dependiente: conocimientos de los adultos mayores acerca del autocuidado de la hipertensión arterial.

6. Técnicas e instrumentos

Para la recolección de información, se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Éste es elaborado para identificar los conocimientos generales sobre el autocuidado de la hipertensión por los adultos mayores, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa “¡Cuidando y controlando mi presión alta!”. Este instrumento consta de las siguientes partes: Introducción, instrucciones, datos generales, contenido propiamente dicho. El instrumento, fue validado mediante Juicio de Expertos, conformado por 6 enfermeros generales; lo cual, de acuerdo a las sugerencias planteadas, y luego de aplicar la prueba Binomial permitirá reajustar el instrumento. Para la validez y confiabilidad estadística, se utilizó la prueba de coeficiente de correlación de Pearson (Anexo J) y la prueba Kuder Richardson (Anexo K).

7. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

Para poder recolectar los datos de la investigación, en primer lugar se deberá coordinar con los encargados del Centro del Adulto Mayor “TAYTA WASI”, sede de estudio; (médico jefe, enfermera jefe) y en especial con el grupo objetivo. Para ello, se enviarán solicitudes pidiendo el permiso respectivo para poder efectuar las intervenciones. Luego de obtener los permisos, se realizarán las invitaciones a los adultos mayores hipertensos para que puedan participar en la estrategia educativa. Para obtener los datos propiamente dichos, se empezará con la evaluación de los conocimientos a los adultos mayores sobre el

autocuidado en la HTA, siendo éste el pre cuestionario; luego se procederá a realizar la exposición de los temas del programa educativo que durará 4 semanas; luego se procederá a evaluar los conocimientos con el mismo cuestionario. Una vez obtenida la información los datos serán procesados mediante Microsoft Excel. Se utilizará la Prueba T para determinar la efectividad de la estrategia educativa en los conocimientos de los adultos mayores hipertensos, con un nivel de significancia del 95%. Finalmente los hallazgos serán presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación.

8. Consideraciones Éticas

Para ejecutar el estudio se contó con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio, que está representado por el adulto mayor hipertenso. La recolección de los datos se realizará con los adultos mayores hipertensos que deseen participar de manera voluntaria, teniendo la opción de retirarse al momento que lo crean pertinente; respetando así su autonomía. Previamente se proporcionará información del proceso, de los objetivos del estudio, los beneficios, molestias y asegurándoles que dicha información será confidencial y sólo será de utilidad para la investigación. (Anexo D).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección de los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación.

A. RESULTADOS

Datos Generales

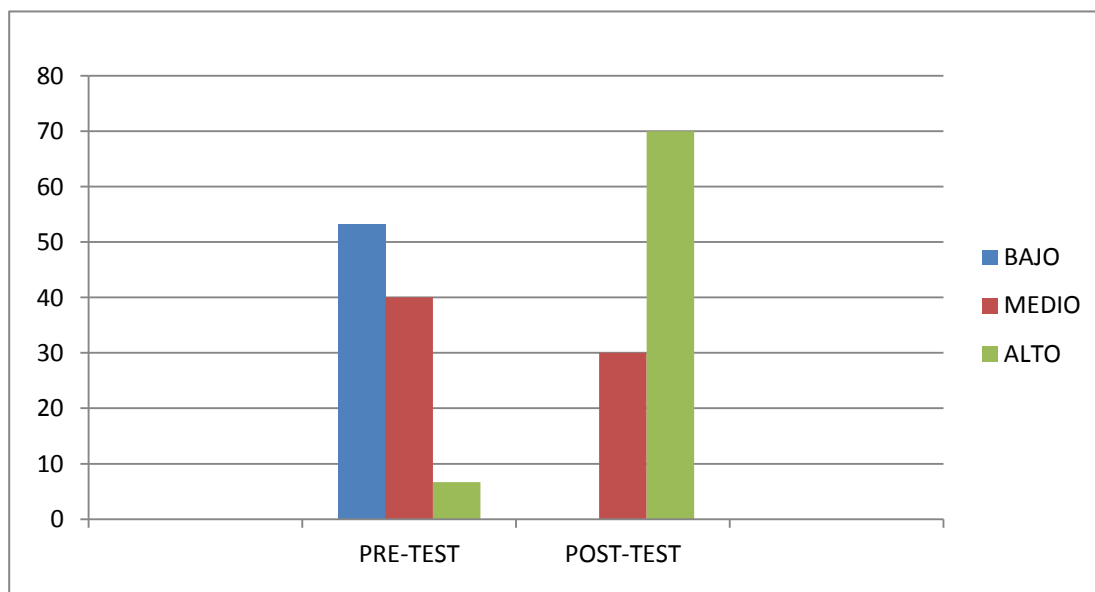
Al respecto tenemos que del 100% (30) adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI”, 43,3% (13) tienen entre 71 y 75 años; 26,7% (8) entre 76 a 80 años; 16,7% (5) entre 66 a 65 años; 10% (3) entre 60 a 65 años y un 3,3% (1) de 81 años a más. (Anexo “N”). Así mismo predominó el sexo femenino con un 63,3% (19) y el sexo masculino con un 36,7% (11). (Anexo “Ñ”). En cuanto al grado de instrucción, un 53,3% (16) sólo estudiaron hasta la primaria; 30% (9) son analfabetos; 13,3% (4) estudiaron hasta secundaria y un 3,3% (1) el nivel superior. (Anexo “O”). Con respecto a cuánto tiempo de diagnosticado tienen la hipertensión arterial, un 43,3% (13) presentan la enfermedad desde hace 11 a 15 años; 26,7% (8) entre 16 a 20 años; 16,7% (5) entre 6 a 10 años; 10% (3) entre 1 a 5 años y un 3,3% (1) más de 21 años. (Anexo “P”). Sobre sí consumen o no medicamentos antihipertensivos para controlar su enfermedad, un 90% (27) sí lo hace y un 10% (3), no consume. (Anexo “Q”)

Datos Específicos

GRÁFICO N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL
AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANTES Y
DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA ESTRATEGIA
EDUCATIVA “CUIDANDO Y CONTROLANDO
MI PRESIÓN ALTA” EN EL CAM “TAYTA
WASI” DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014



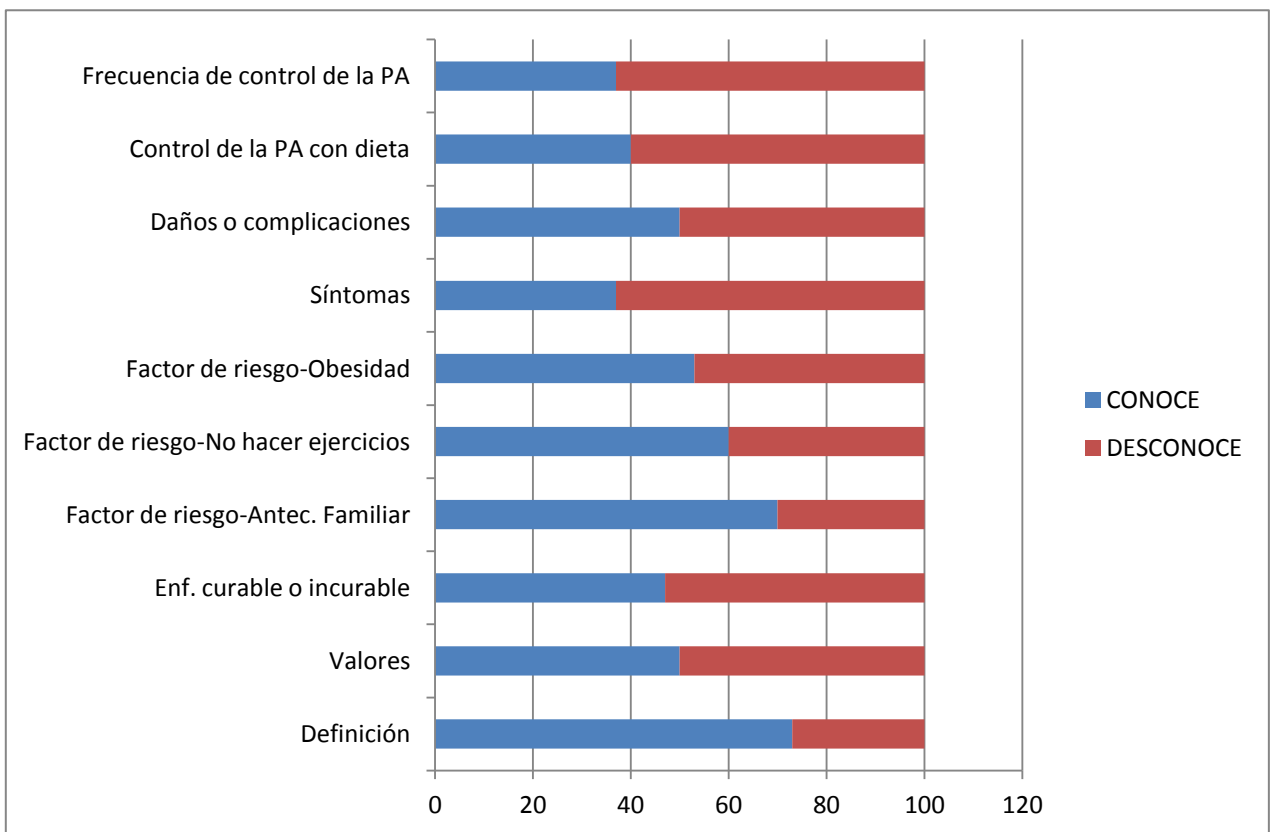
Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

Acerca de la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta”, en el nivel de conocimientos sobre el autocuidado de adultos mayores hipertensos (Gráfico N°1), tenemos que del 100% (30) de adultos mayores hipertensos; antes de la aplicación de la estrategia educativa, un 53,3% (16) presentaron un nivel conocimientos bajo, 40% (12) un nivel medio y un 6,7% (2) un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, el porcentaje de adultos mayores hipertensos con un nivel bajo decrece significativamente a un 0%, asimismo, el porcentaje de adultos mayores hipertensos con un nivel medio es de 30% (9) y con nivel alto, un 70% (21). (Anexo “R”).

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE PREGUNTAS ANTES DE PARTICIPAR EN LA ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA” EN EL CAM “TAYTA WASI” DEL DISTRITO DE VMT LIMA-PERÚ

2014

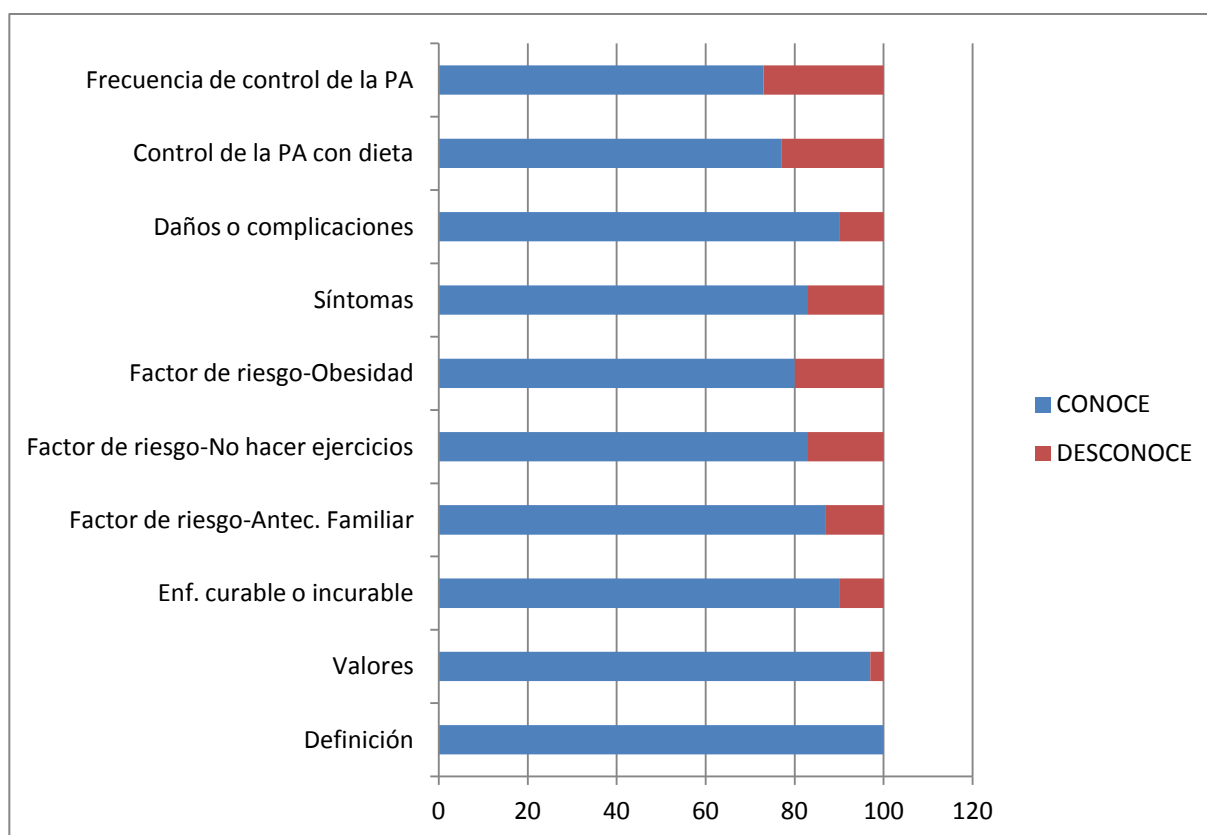


Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

GRÁFICO N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA
ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE
PREGUNTAS DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y
CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”
EN EL CAM “TAYTA WASI”
DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014



Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

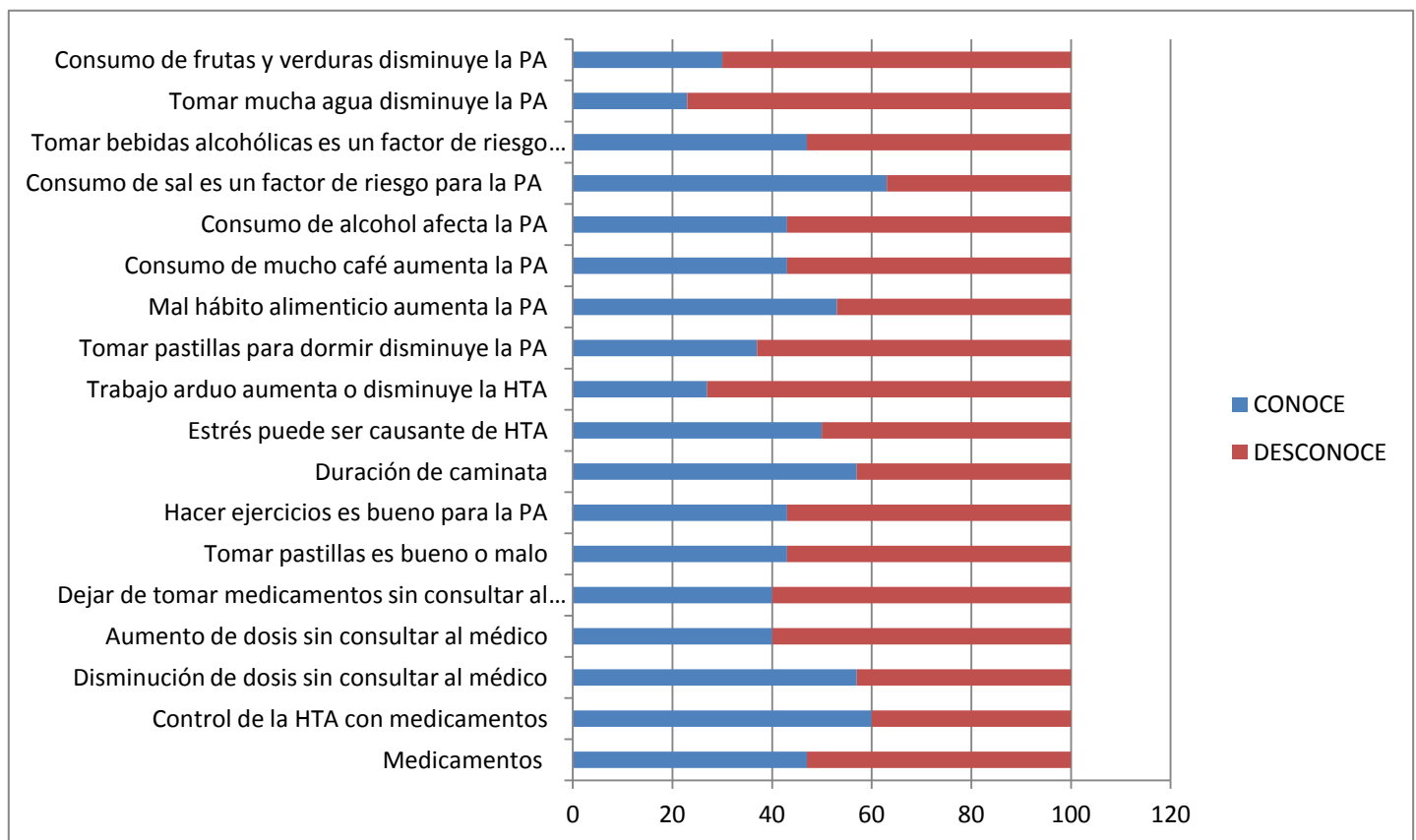
Respecto al nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la dimensión de la enfermedad de la hipertensión arterial, antes de participar en la estrategia educativa (Gráfico N° 2); los aspectos relacionados a los temas que desconocen con mayor frecuencia fueron: los síntomas de la HTA con un 63% (19); cuántas veces se debe controlar la presión arterial con un 63% (19) y si la HTA se puede controlar con la dieta con un 60% (18). En cambio, los aspectos que conocen con mayor frecuencia fueron: la definición de HTA con un 73% (22); el factor de riesgo de la HTA, como los antecedentes familiares con un 70% (21), y el hacer ejercicios, como factor de riesgo de la HTA con un 60% (18).

De acuerdo al nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la dimensión de la enfermedad de la hipertensión arterial, después de participar en la estrategia educativa (Gráfico N° 3); los aspectos que más se conocen con mayor frecuencia fueron: la definición de la HTA con un 100% (30); los valores de una HTA con un 97% (29); la HTA como enfermedad que no tiene cura con un 90% (27) y los daños o complicaciones de la HTA con un 90% (27). (Anexo "S").

GRÁFICO N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LOS
CUIDADOS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE
PREGUNTAS ANTES DE PARTICIPAR EN LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y
CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”
EN EL CAM “TAYTA WASI”
DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014

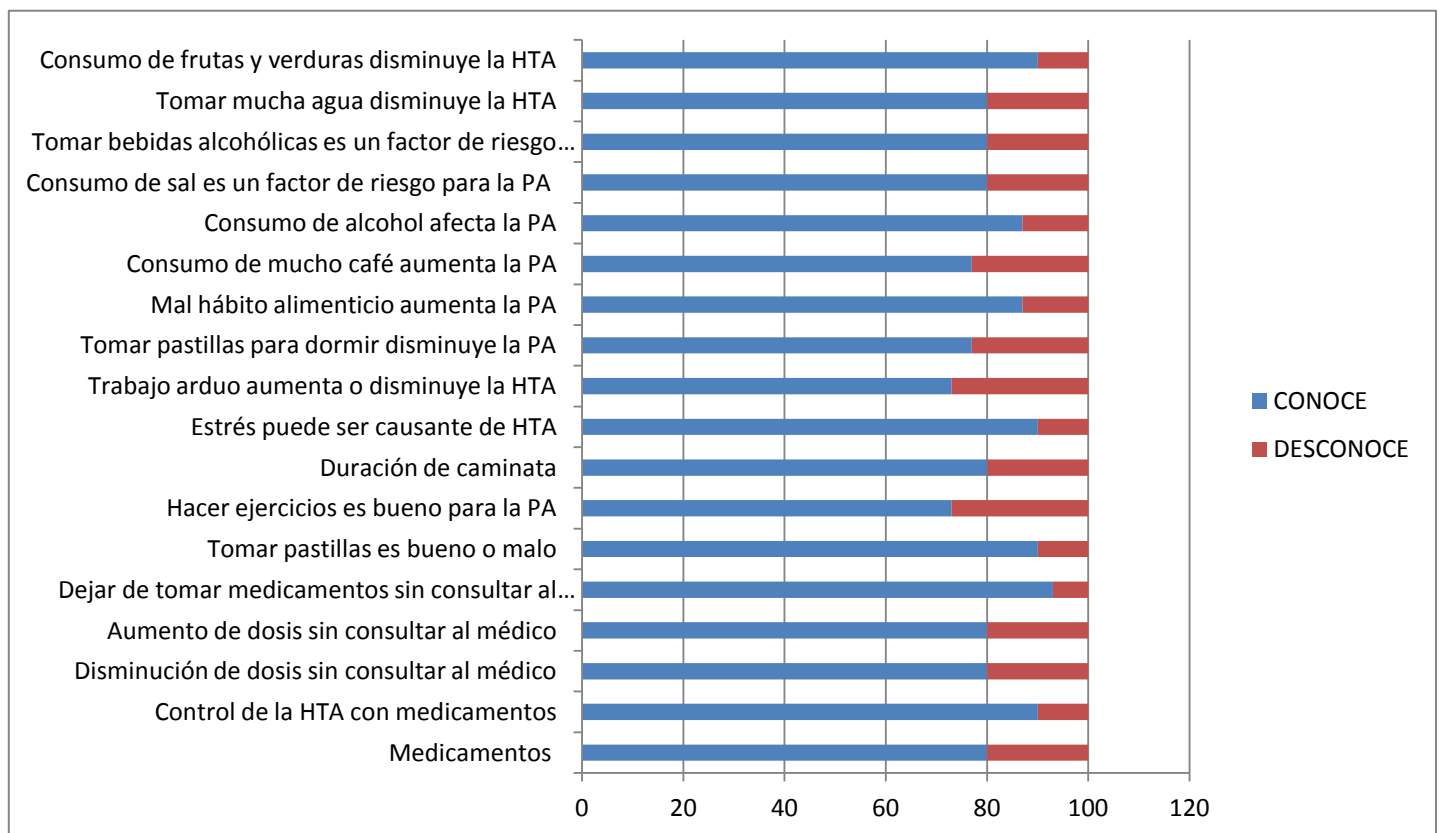


Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

GRÁFICO N° 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LOS
CUIDADOS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE
PREGUNTAS DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y
CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”
EN EL CAM “TAYTA WASI”
DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014



Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

De acuerdo al nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la dimensión de los cuidados en la hipertensión arterial, antes de participar en la estrategia educativa (Gráfico N° 4); los aspectos relacionados a los temas que desconocen con mayor frecuencia fueron: si el tomar abundante agua disminuye la HTA con un 77% (23); si trabajar arduamente disminuye el nivel de estrés con un 73% (22); si comer frutas y verduras conllevan a disminuir la HTA con un 70% (21); si tomar pastillas para dormir ayuda a tener la presión baja con un 63% (19); si se puede aumentar la dosis de los medicamentos cuando aumenta la presión arterial sin consultar al médico con un 60% (18) y si se debe de dejar de tomar los medicamentos cuando la presión arterial se normaliza sin indicación médica, con un 60% (18). En cambio, los aspectos que se conocen con mayor frecuencia fueron: el consumo de sal es un factor de riesgo de la HTA con un 63% (19) y que la HTA se puede controlar con medicamentos con un 60% (18).

Luego, del nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la dimensión de los cuidados en la hipertensión arterial, después de participar en la estrategia educativa (Gráfico N° 5); se resaltó, que los aspectos que más se conocen con mayor frecuencia fueron: que no se debe de dejar de tomar los medicamentos a pesar que la presión arterial está normal, sin consultar al médico con un 93% (28); la HTA se controla con medicamentos con un 90% (27); es bueno tomar pastillas con un 90% (27); el estrés es una causa de la HTA con un 90% (27) y consumir frutas y verduras ayuda a disminuir la HTA con un 90% (27). (Anexo "T").

B. DISCUSIÓN

Las políticas en salud apuntan hacia promover factores protectores, la participación, la corresponsabilidad y del adulto mayor en el propio cuidado de su salud a través de intervenciones sanitarias dirigidas a ello, por medio de él, los pacientes se mantienen en control constante por los profesionales de la salud, especialmente en enfermería. El objetivo de estas políticas es evitar o limitar el daño que estas enfermedades pueden causar tanto física como económicamente al paciente y a su familia.

Fundamentalmente, la estrategia educativa de enfermería, se basó en la Teoría de enfermería de déficit de autocuidado de Orem, pero, también se incluyeron las perspectivas de otras teorías de diferentes disciplinas como el Modelo de educación para la salud; todas aportaron elementos esenciales para la etapa de planeación, ejecución y evaluación de la intervención educativa de enfermería “Controlando y cuidando mi presión alta”, en especial para la metodología del material educativo.

En el presente estudio, con respecto a si consumen o no medicamentos antihipertensivos, el 90% refiere que sí, lo cual indica que de alguna manera, los adultos mayores llevan un tratamiento y control de la HTA de tipo farmacológico. Por último, todo el 100% de la población, indica que sí sabe qué es la hipertensión arterial, por la misma razón que en promedio, los adultos mayores llevan consigo de 11 a 15 años, la enfermedad de la HTA; a pesar de eso, los resultados del pre-test no evidenció lo que se esperaba, ya que la mayoría tuvo un conocimiento bajo.

En el pre-test, se evidenció, en la dimensión de conocimientos sobre la enfermedad, un promedio de 48,3% desconocen sobre la HTA, lo que quiere decir que un poco más de la mitad de la muestra, posee conocimiento, aunque

no tan significativo, sobre su enfermedad ya que todos la poseen desde hace un largo periodo de tiempo. Por otra parte, sobre la dimensión de conocimientos acerca de los cuidados, un promedio del 55,4% de la muestra, desconoce sobre los cuidados que se deben de realizar cuando uno tiene la HTA, lo que quiere decir que más de la mitad de los sujetos, necesitan orientación o educación en el autocuidado de la HTA. Esto identificó a los adultos mayores con “Bajo conocimiento en el autocuidado de la HTA”, confirmando que, aunque, estas capacidades estaban bajas, los adultos mayores presentaban los componentes de poder y las operaciones de autocuidado para fortalecerlas, siendo necesario que el profesional de enfermería, a través del sistema de apoyo educativo, diseñara (considerando las pruebas de calidad de materiales educativos, según a la población a quien iban dirigidos), aplicara y evaluara una estrategia educativa de enfermería que enfatizara en los estilos de vida saludable y previniera o controlara la aparición de complicaciones propias de la patología crónica. Comparando esta investigación con la de un estudio realizado en Camaguey – Cuba sobre “Estrategia educativa sobre HTA para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsor”, los resultados son similares puesto que los resultados en el pre-test fueron de categoría “regular”. También se compara con los resultados del pre-test de un estudio realizado en La Sabanita, Ciudad Bolívar - Venezuela sobre “Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos”, que estuvieron categorizados como “ningún conocimiento”.

La estrategia educativa de enfermería fue diseñada para involucrar a los pacientes en su propio cuidado, por lo cual, la información suministrada por enfermería debe estar apoyada en evidencia para lograr el incremento de conocimientos en el autocuidado de los pacientes, caracterizada por estrategias de aprendizaje que tengan significancia positiva en la salud de las personas, generar un mejor manejo de la enfermedad crónica y reducir las complicaciones.

El sistema de enfermería de apoyo educativo es fundamental para que el individuo se motive a cambiar sus estilos de vida y actuar como agente de autocuidado.

El profesional de enfermería como agente de enfermería en el sistema de apoyo educativo de la Teoría de enfermería del autocuidado de Orem y a través de la estrategia educativa de enfermería “Cuidando y controlando mi presión alta”, ofreció los conocimientos especializados sobre hipertensión arterial y los factores de riesgo, para motivar al adulto mayor hipertenso, como agente de autocuidado a fortalecer sus conocimientos de autocuidado y controlar la aparición de complicaciones; cuyo efecto positivo se observó en el post-test.

La estrategia educativa implicó una programación sistemática, documentada, muy detallada que involucró la revisión exhaustiva de fuentes primarias y secundarias, relacionadas con los fenómenos de interés del estudio, capacidad de autocuidado e intervención educativa, lo que se consideró un aporte a la disciplina de enfermería. Igualmente, los materiales educativos, utilizados en la estrategia son considerados un producto importante de la investigación, ya que, los propios adultos mayores determinaron la calidad de estos materiales, que sirvieron como motivadores para los cambios importantes en la parte cognitiva de los adultos mayores hipertensos con el conocimiento especializado aportado por el profesional de enfermería para fortalecer la capacidad de autocuidado, en función de su salud y bienestar. Aparecen en cada sesión de la estrategia educativa, recursos útiles para el profesional de enfermería (tales como charlas, dinámicas de grupo, videos, diapositivas de los temas, exposición dialogada, folletos, entre otros) como ayuda didáctica para impartir el conocimiento especializado, en un lenguaje coloquial, sobre los aspectos más resaltantes de la hipertensión arterial a los adultos mayores, debido a la simplicidad de los mismos, sin restarle calidad científica.

Los resultados de la estrategia educativa para promover el ejercicio y la buena nutrición demuestran cambios favorables en la conducta, la salud física y el funcionamiento de la promoción de la salud. El uso de estrategias y técnicas son indispensables para el desarrollo del autocuidado en el manejo exitoso de la enfermedad. Los resultados positivos obtenidos en la adquisición de conocimientos sobre los cambios en los estilos de vida permiten medir el impacto del programa educativo de enfermería. Las descripciones claras de las intervenciones educativas son esenciales para que la ciencia avance y proporcione la evidencia para la práctica de enfermería.

Posterior a las etapas de ejecución y evaluación, se evidenció en el post-test, en la dimensión de conocimientos sobre la enfermedad, que un promedio de 86% de la muestra, conoce sobre la enfermedad de la HTA, siendo este resultado muy significativo, ya que antes de realizar la estrategia educativa, casi la mitad desconocía sobre la enfermedad. Luego, en la dimensión de conocimientos acerca de los cuidados, un promedio de 82,6% de la muestra, conoce sobre los cuidados de la HTA, lo que refleja un resultado positivo, ya que la persona realizará su autocuidado, de una manera correcta, con respecto a la HTA. Esto identificó a los adultos mayores con “Alto conocimiento en el autocuidado de la HTA”. Los resultados evidenciaron el efecto positivo de la estrategia educativa de enfermería en el incremento de conocimientos del autocuidado de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI”. Comparando esta investigación con la de un estudio realizado en Camaguey – Cuba sobre “Estrategia educativa sobre HTA para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsor”, los resultados son similares puesto que los resultados en el post-test fueron “evaluación de bien”. Y en el estudio realizado en La Sabanita, Ciudad Bolívar - Venezuela sobre “Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos”, los resultados del post-test fueron categorizados como “suficiente conocimiento”.

Las respuestas obtenidas en el pre-test y pos-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 15,58 con un nivel significativo de $t_{tab} > 2,045$ ($t_{cal}: 15,58$ $t_{tab} > 2,045$). Lo que admite que existen diferencia estadísticamente significativas entre el pre-test y pos-test, interpretando que el cambio obtenido fue producido por la aplicación de la estrategia educativa sobre hipertensión arterial. Los resultados evidenciaron el efecto positivo de la estrategia educativa de enfermería, “Cuidado y controlando mi presión alta”, en el incremento de conocimientos sobre el autocuidado de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” en el distrito de VMT, Lima-Perú.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento nos dan a conocer lo siguiente:

1. La estrategia educativa sobre el autocuidado de la HTA fue efectivo en el incremento de conocimientos de los adultos mayores hipertensos, luego de la aplicación del programa educativo, demostrado a través de la prueba de t de student, obteniéndose un tcalc 15,58, con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad de la estrategia educativa en el incremento de conocimientos sobre el autocuidado de los adultos mayores hipertensos.
2. El 53,3% (16) de los adultos mayores hipertensos antes de la ejecución de la estrategia educativa evidenciaron conocimientos bajos sobre el autocuidado de la HTA; 40% (12), presentaron conocimientos medios y en sólo un 6,7% (2) evidenciaron conocimientos altos.
3. El 70% (21) de los adultos mayores hipertensos después de la ejecución de la estrategia educativa evidenciaron conocimientos altos sobre el autocuidado de la hipertensión arterial, un 30% (9), presentaron conocimientos medios; por consiguiente, nadie evidenció un conocimiento bajo; lo que contribuye a mantener y/o propiciar el autocuidado con respecto a la HTA, evitando riesgos mayores.

4. El 48,3% de los adultos mayores hipertensos, en promedio, antes de la ejecución de la estrategia educativa, desconocían sobre la dimensión de la enfermedad de la HTA; posteriormente, después de la ejecución de la estrategia educativa, un 86% en promedio, conoce sobre la dimensión de la enfermedad de la HTA.
5. El 55,4% de los adultos mayores hipertensos, en promedio, antes de la ejecución de la estrategia educativa, desconocían sobre la dimensión de los cuidados de la HTA; posteriormente, después de la ejecución de la estrategia educativa, un 82,6% en promedio, conoce sobre la dimensión de los cuidados de la HTA.
6. En relación a la hipótesis establecida se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

B. RECOMENDACIONES

1. Es necesario hacer conocer al CAM “TAYTA WASI” y a los adultos mayores hipertensos del mismo, sobre los resultados encontrados en el presente trabajo, con el fin de promover actividades preventivo - promocionales, para mejorar los conocimientos sobre el autocuidado de la HTA.
2. Es necesario realizar trabajos similares en donde no sólo se tome la parte cognitiva sino además la parte práctica a mayor profundidad.
3. Las enfermeras de Salud Pública deben trabajar a nivel extramural con grupos poblacionales en riesgo como en el caso de los adultos mayores, a fin de proteger, promover y fomentar la salud y seguridad del adulto mayor.

4. Crear programas comunitarios de prevención de la hipertensión arterial y la implantación de actividades de seguimiento y control.
5. La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos debe tomar en cuenta a estos grupos poblacionales y realizar sus actividades académicas; así como los trabajos de investigación para así aportar mayor información sobre las deficiencias que existen en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perfil del adulto mayor Perú-Intra II. Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – PERÚ. 2006; 80-90.
2. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión Arterial. Informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1978. Serie de informes técnicos: 628.
3. Memorias XXVI Congreso Argentino de Cardiología – FAC 2007- 24 a 26 de mayo de 2007, Mendoza, Argentina Colegio Médico de Chile <http://www.colegiomedico.cl/>
4. INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL. “Hipertensión arterial, padecimiento mortal que afecta a uno de cada 10 jóvenes”. Fecha de Consulta: 20 abril 2012. Disponible en: <http://www.deportemania.com.mx/2010/05/20/hipertension-arterial-padecimiento-mortal-que-afecta-a-uno-de-cada-10-jovenes/>.
5. Agusti RC. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Med Per. 2006; 23(2):69-75
6. Dirección General de Salud de las Personas. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, 2005. Lima: MINSA; 2006
7. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. España; 2007

8. “¿Por qué es tan importante la educación para la salud?”. Universidad de los pacientes. Universidad Autónoma de Barcelona. Última actualización abril 2014. www.universidadpacientes.org/educacionsalud/estaticos/2
9. Borroto Cruz R, Aneiros Riba R. La comunicación humana y la calidad de la atención médica. En: Acosta Sarriego JR. [Bioética](#) desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 2008. p 112-123.
10. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Atención al alta hospitalaria. Atención a personas polimedicadas. Atención a personas en tratamiento anticoagulante oral. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/default.asp>
11. AZAGRA, M. “Educación sanitaria en la formación básica de enfermería”. Rol 99, 2006.
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto del 2001 julio del 2006. Lima, 2001.
13. Dotres Martínez C, Pérez Gonzáles R, et al. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev. Cub Med Gen Integ 1999. 15(1): 46 – 87. Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos28/hipertension/hipertension.shtml#ixzz388ZKim14>
14. Guevara R. Impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Desarrollo Científ Enferm. 2008; 11(7):206-210.

15. Serrano González I., "Educación para la salud y la participación comunitaria". Díaz de Santos. Madrid, 2009
16. SEGURO SOCIAL. Actitudes positivas para el autocuidado de la salud. Bogotá: Seguro Social, Protección Laboral. 1996.
17. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6a ed. St. Louis Missouri, United State of America: Mosby; 2001.
18. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud Municipios y Comunidades Saludables en el Perú. Perú: OPS; 2009
19. Villanueva Ela. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev Hosp M. Gea Glz. 2000; 3(3):107-114.
20. Encuestas de Demografía y Salud (<http://www.measuredhs.com/topics/HIV-Corner/hivprev/survey.cfm>; consultado el 30 de enero de 2012). Solo incluye encuestas terminadas. Perú-HTA
21. Costa M., López, E., "Educación para la Salud. Aportaciones de la psicología de la Salud". Jano vol. XXXVI
22. SALLERAS. Educación sanitaria. Díaz de Santos. Madrid 2008
23. Fernández A, Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. Revista Ciencia y Enfermería XVI (2): 83-97, 2010.

24. Álvarez M, Morales I, Morales E, Vega B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. *Revista Humanidades Médicas* Vol 11, N°3 2011.
25. Sanhueza M; Castro M y Merino J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Revista Avances de Enfermería* XXX (1): 23-31, 2012.
26. Prado H y Rojas I. Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos del ambulatorio La Sabanita. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, en Venezuela. Universidad De Oriente Núcleo De Bolívar, Escuela Cs De La Salud “Dr. Francisco Virgilio Batisttini Casalta”, Departamento De Enfermería, 2010.
27. Quispe Arones, Vilma. Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC. Lima, Perú. 2010
28. Huanca Susanibar. Efectividad del programa “Vida Sana” en hipertensos del Hospital Gustavo Lanatta Hospital – Haucho. Lima, Perú. 2012
29. Arpasi Quispe, Orfelina. Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud, Lima, Perú. 2012
30. Gastron L. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Chile. 2003:3

31. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo II: Edad escolar a adulto mayor. Bogotá: Editora Guadalupe Limitada; 1998. p. 855
32. García-Arilla E et al. Modificaciones corporales, estructurales y funcionales asociadas al envejecimiento. *Medicine* 1996; 6: 3826-3837.
33. Sellén Crombet J. Introducción. En: Hipertensión arterial. Diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Félix Varela; 2002. p. 334.
34. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial [Internet]. [Consultado 2014 enero 17]. Perú. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.htm
35. Taylor, S. (2007). Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. En Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería (pp 267-295). Barcelona: Elsevier.
36. Milos P. Responsabilidad ético-legal de la gestión de enfermería y de los procedimientos médicos delegados [diapositiva]. I Congreso internacional de gestión en enfermería [Internet]. 2005 [citado 18 jun 2012]. Disponible en: <http://www7.uc.cl/enfermeria/html>
37. Díaz - Barriga, F. y Hernández, G. (2002). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 2ª edición. México. Mc Graw Hill Interamericana.
38. Hessen; Teoría del conocimiento; Editorial Esfinge. México. 2008

BIBLIOGRAFÍA

ALCONERO, A; GARCÍA, M. y CASÁUS, M. Puesta en práctica de una guía educativa sobre hipertensión arterial en atención primaria. En: Enferm Cardiol. 2007-2008, Año XIV-XV (42-43), p. 37-40.

BENAVENT, A; FERRER, E. y FRANCISCO DEL REY, C. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2003.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA. Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Santiago de Chile: CEPAL /CELADE, 2002.

DE CABO, A; GAMARRA, M; MEDIAVILLA, M; SÁNCHEZ, M. y DUARTE, G. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual? En: Evidentia, 2009, vol. 6, No. 27 [en línea]. Consultado el 10 de julio de 2009. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php>.

FERNÁNDEZ, A. y MANRIQUE, F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. Revista Ciencia y Enfermería. Sometido junio de 2009: En prensa.

GUEVARA, R. Impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. En: Desarrollo Científ Enferm. 2003, vol 11, No. 7, p. 206-210.

HERNÁNDEZ, E; MARTÍNEZ, M. y LANDEROS, E. Capacidades de autocuidado en adultos con hipertensión arterial y adultos sanos. En: Desarrollo Cient Enferm. 2009, vol. 17, No. 5, p. 207-211.

LUIS, M. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona. 1993. Barcelona: MASSON, S.A.

MANZINI, F. y PESSUTO, J. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: Uso de la Teoría del autocuidado de Orem. En: Rev Latino-am Enfermagem. 2009, vol. 17, No. 1 [en línea]. Consultado el 12 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

OREM, D. Nursing. Concepts of Practice. 4a ed. St. Louis Missouri: Mosby, 1991. Traducido por Luis, M. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona. 1993. Barcelona: MASSON, S.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. 2006. Washington: OPS.

ORTEGA, J. Intervenciones preventivas para el manejo de la hipertensión arterial en Colombia 1998-2005. En: Rev Salud Pública. 2008, vol. 10, No. 2, p. 322 -331.

POTTER, P. y PERRY, A. Fundamentos de enfermería. 5a ed. vol 1. España: Elsevier Mosby, 2001.

RIVERA, L. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. En: Avances de enfermería. 2005, vol. 24, No. 2, p. 91-98.

VEGA, T. y VILLALOBOS, A. Manuales de autocuidado del adulto mayor. Chile: Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Santiago de Chile, 1997. 132 p

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS

A	Operacionalización de la Variable
B	Estrategia Educativa
C	Instrumento de Recolección de Datos (Cuestionario)
D	Consentimiento Informado
E	Codificación de los datos
F	Tabulación Pre-Test
G	Tabulación Post-Test
H	Prueba Binomial: Juicio de Expertos
I	Cálculo de la muestra
J	Validez del instrumento
K	Confiabilidad del instrumento
L	Prueba t para determinar la efectividad de la estrategia educativa
M	Medición de la variable: Escala de Stanones
N	Tabla N° 1: Edad de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
Ñ	Tabla N° 2: Sexo de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
O	Tabla N° 3: Grado de instrucción de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
P	Tabla N° 4: Tiempo de enfermedad de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014

Q	Tabla N° 5: Consumo de medicamentos antihipertensivos de los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
R	Tabla N° 6: Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado de la hipertensión arterial antes y después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
S	Tabla N° 7: Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la enfermedad de la hipertensión arterial según ítems de preguntas antes y después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
T	Tabla N° 8: Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los cuidados en la hipertensión arterial según ítems de preguntas antes y después de participar en la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el CAM “TAYTA WASI” del distrito de VMT. Lima-Perú. 2014
U	Cronograma de Actividades
V	Invitación Personal
W	Registro de asistencia del adulto mayor
X	Tarjeta de control de la presión arterial del adulto mayor hipertenso
Y	Material para extensión del conocimiento sobre autocuidado de la
HTA	
Z	Material de difusión

ANEXO “A”

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Conocimientos de los adultos mayores acerca del autocuidado de la hipertensión arterial.	Conjunto de ideas, enunciados o información que pueden ser claros, precisos y ordenados; que se adquieren a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y el aprendizaje de las personas adultas mayores acerca del autocuidado en la hipertensión arterial.	<p>-Conocimiento de los adultos mayores acerca de la enfermedad: hipertensión arterial.</p> <p>-Conocimiento de los adultos mayores acerca de los cuidados: hipertensión arterial.</p>	<p>-Definición de la HTA</p> <p>-Clasificación de la HTA</p> <p>-Signos y síntomas</p> <p>-Complicaciones</p> <p>-Factores de riesgo</p> <p>-Tratamiento:</p> <p>*Farmacológico, médico:</p> <p>-Uso de Medicamentos</p> <p>-Erradicación de hábitos nocivos</p> <p>-Control periódico de la P.A.</p> <p>*No farmacológico:</p> <p>-Hábitos alimentarios</p> <p>-Actividad física</p> <p>-Control del estrés</p>	<p>Ordinal: Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p> <p>Ordinal: Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>	Es toda aquella información que refieren poseer los adultos mayores del CAM “TAYTA WASI”, acerca del autocuidado de la hipertensión arterial, que será obtenido a través de un cuestionario antes y después de participar en la estrategia educativa

ANEXO “B”

ESTRATEGIA EDUCATIVA

1. Introducción:

La estrategia educativa de enfermería “Cuidando y controlando mi presión alta”, tiene como base conceptual, principalmente, la Teoría de Enfermería del Autocuidado, de Dorothea Orem, también implica otras teorías de la psicología, la educación como el Modelo de educación para la salud.

Según Orem: “la capacidad de autocuidado es el poder para ocuparse de uno mismo que se establece en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje”; para el caso del adulto mayor, su desarrollo del autocuidado se dan con las actividades educativas, en este caso de enfermería.

La estrategia educativa de enfermería “Cuidando y controlando mi presión alta”, se inscribe en tendencias constructivistas que permite al adulto mayor, construir su conocimiento, al ser un agente activo relacionando sus experiencias y vivencias a lo largo del tiempo con lo actualizado. Esta estrategia se rige bajo principios éticos.

En la estrategia educativa de enfermería “Cuidando y controlando mi presión alta”, se brinda conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, pues los adultos mayores en estudio presentan como diagnóstico médico, la hipertensión arterial; en tal sentido, la intervención está encaminada al fortalecimiento de la capacidad de autocuidado, para controlar los factores de riesgo que inciden en esta enfermedad y como el consumo excesivo de sal, grasas, la inactividad física, el manejo inadecuado de medicamentos; que permitan prevenir las complicaciones creando estilos de vida saludables.

Esta estrategia educativa es abierta y flexible, ya que puede ser utilizada en forma individual y/o grupal para promover la salud, bajo una orientación de tipo aplicativa en la educación para la salud; es así que la enfermería desarrolla sesiones educativas mediante técnicas didácticas que se ajusta al adulto mayor.

Los objetivos apuntan hacia un aprendizaje cognitivo, que pueden generar cambios en las actitudes, creencias, valores, experiencias negativas presentes en los adultos mayores con hipertensión arterial logrando disminuir las complicaciones propias de la enfermedad crónica.

2. Justificación:

El aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación. Para adquirir un aprendizaje se lleva todo un proceso es cual es una actividad individual que se desarrolla en un contexto social y cultural. Es el resultado de procesos cognitivos individuales mediante los cuales se asimilan e interiorizan nuevas informaciones (hechos, conceptos, procedimientos, valores), se construyen nuevas representaciones mentales significativas y funcionales (conocimientos), que luego se pueden aplicar en situaciones diferentes a los contextos donde se aprendieron. Aprender no solamente consiste en memorizar información, es necesario también otras operaciones cognitivas que implican: conocer, comprender, aplicar, analizar, sintetizar y valorar. Por ende, el aprendizaje es una base muy importante en nuestra vida, es lo que nos abre las puertas a muchas cosas.

El aprendizaje es un complemento de la educación; esta es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del hombre, dando así lugar a la profesión educadora cuya razón de ser es la formación del hombre, donde el maestro ayuda al alumno a que se haga a sí mismo, por lo tanto la labor educadora es social con un alcance distinto y más radical porque a través de ella se va construyendo la sociedad y delineando su forma del ser.

Esta concepción de la educación exige del ejecutor del proceso educativo un gran compromiso, que exige una entrega sin límites prefijados al trabajo que se requiera, en una actitud dictada por la fe y el amor y la responsabilidad social. Solo una relación basada en el amor y responsabilidad social se convertirá en un extraordinario vínculo de relación pedagógica, por eso quien no sepa vivir con amor a sus semejantes puede sentirse fracasado como educador. Entonces solo un compromiso total que abarque la vida del sujeto como ser social es garantía de un adecuado desempeño en la función docente.

Enfermería es una disciplina que nació con el hombre porque siempre las necesidades humanas estaban sujeto a cuidados preventivo promocionales y recuperativos; lógicamente Enfermería al igual otras ciencias en forma progresiva iba modelando su práctica y ciencia hasta constituirse es una disciplina científica que se preocupa por el bien fundamental de la humanidad basada en una práctica social y ética.

La enfermedad crónica tiene variados efectos sobre los individuos y la familia. A los pacientes debe dárseles tiempo para hablar de sus preocupaciones y temores antes de enfrentarse a su nueva situación. A veces una enfermedad crónica, puede amenazar la estabilidad emocional del individuo o del núcleo familiar. La duración de la enfermedad, las hospitalizaciones periódicas, y, el aumento de las cargas económicas, sociales y emocionales, son algunos ejemplos, de todo ello la enfermera ha de ser consciente cuando un paciente crónico ingrese en la Unidad de Hospitalización.

La enfermedad crónica evoluciona con el tiempo, los procesos pueden volverse irreversibles, la Prevención Secundaria se encargaría de la detección precoz de la enfermedad, y de intervenir rápidamente para frenar la evolución de la enfermedad. La Prevención Terciaria se encargaría de la rehabilitación según el estadio de la enfermedad, educar para prevenir complicaciones, mediante actuaciones específicas, adaptación individual funcional al máximo dentro de sus posibilidades.

La hipertensión arterial, que es una enfermedad crónica, remite una gran importancia en la población actual, ya que es uno de los factores más importantes implicado en el desarrollo de la patología cardiovascular, siendo ésta de una elevada morbilidad. El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en el paciente con HTA puede ser modificado por otros factores de riesgo, ya que, la acción de varios de estos factores será siempre más determinante que la acción aislada de sólo uno de ellos. Esto hace que sea de gran importancia abordar la actividad preventiva mediante un planteamiento multifactorial. La Atención Primaria es el ámbito idóneo para llevar a cabo actividades preventivas en el campo de la HTA, haciéndose necesaria una actuación lo más temprana posible. En este contexto podemos actuar desde tres niveles de prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. En la prevención primaria, se realizan actividades dirigidas a evitar la aparición de la HTA, con el objetivo de evitar su desarrollo. Las acciones preventivas a realizar serán:

-Promoción de la Salud: promover un estilo de vida saludable mediante el ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, vigilar el aporte de sodio, mantener un peso adecuado, evitar tabaco y alcohol, y mantener el equilibrio emocional evitando el stress.

-Educación para la Salud: facilitar la formación, y no sólo la información, de los hábitos de vida saludables en la población mediante educadores a nivel social, familiar.

3. Objetivos:

- Fortalecer la capacidad de autocuidado del adulto mayor hipertenso del CAM “TAYTA WASI”, con el fin de prevenir las complicaciones propias de la hipertensión arterial.
- Promover estilos de vida saludables en el adulto mayor hipertenso del CAM “TAYTA WASI”, a través del desarrollo de sesiones educativas.

4. Recursos:

- Recursos Humanos: tesista, Médico Jefe, Enfermera Jefe del CAM “TAYTA WASI”.
- Recursos Materiales: equipo de multimedia, dispositivo de almacenamiento USB, formato de evaluaciones, cuadrípticos, mesas, sillas, plumones, papelógrafos, hojas bond, lapiceros, cinta adhesiva, tensiómetro, estetoscopio.
- Recurso Físico: local comunal del CAM “TAYTA WASI”.

5. Metodología

Las estrategias para el desarrollo de la estrategia educativa de enfermería “Cuidando y controlando mi presión alta”, consta de cuatro sesiones educativas, con una duración de 1 hora por sesión, 1 vez por semana (viernes). Como ayudas didácticas tenemos: las sesiones educativas, que se cuenta con presentaciones en diapositivas de los temas, videos y un folleto para cada sesión.

Cada sesión de aprendizaje incluye un programa de actividades que responden a los objetivos, la cual consiste de: control asistencial, exposición dialogada, control de presión arterial con su respectivo registro.

Con fines de la investigación, se realizará en dos partes: el pre-test, que se tomará una semana antes de realizar las sesiones educativas y el post-test que se tomará una semana después de haberse realizado todas las actividades.

Para fines de motivación, se expondrán videos que generará lluvia de ideas y será motivo de debate. Luego se dará la exposición propiamente dicha. Para la retroalimentación se realizarán preguntas como método de evaluación mediante técnicas didácticas. Con el propósito de fortalecer los conocimientos, se les otorgarán material educativo al término de la sesión; y para fines de extensión del conocimiento, se les darán una tarea, que consiste en realizar una sopa de letras sobre el tema expuesto.

6. Organización:

- Responsable: Katya Lagos Arana, autora de la tesis.
- Personal del CAM “TAYTA WASI”:
 - Médico Jefe del C.
 - Enfermera Jefe del C.S.
- Asesora: Mg. Jackeline Cuéllar
- Fecha de inicio y término: 05 de diciembre del 2014 al 16 de enero del 2015
- Horario: todos los viernes de 3:30 a 4:30 pm.
- Duración: 6 semanas
 - 1 semana: Pre-test
 - 4 semanas: Sesiones educativas
 - 1 semana: Post-test

7. Coordinación:

Se realizarán las coordinaciones respectivas con la Dra. Jefe del CAM “TAYTA WASI”, la Lic. Jefe del CAM “TAYTA WASI”, para que otorguen un permiso para la realización de las actividades programadas en dicho local.

Se coordinará también con los adultos mayores, para que puedan asistir desde el principio de las actividades.

8. Difusión:

Se utilizará afiches y carteles que se colocarán en sitios estratégicos del CAM “TAYTA WASI”, como invitación a los adultos mayores, a la participación de la estrategia educativa. Se entregarán también mosquitos, como medios de invitación a los adultos mayores. Principalmente se realizará la invitación presencial y oral a los participantes.

Al final de cada estrategia educativa, se hará entrega de folletos (cuadrípticos) donde se resume todo el tema expuesto.

9. Programación:

1ERA. SEMANA: EVALUACIÓN DEL PRE-TEST		
Fecha: 05-12-14 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:00 pm. Lugar: CAM “TAYTA WASI” N° de participantes: 30 Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora. Objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Medir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial.		
Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Saludo, control de asistencia	2 minutos	Hoja de asistencia
Entrega del consentimiento informado	3 minutos	Hojas de consentimiento informado
Explicación del pre-test	5 minutos	Expositivo
Evaluación del Pre-test	45 minutos	Hojas de pre-test
Despedida e invitación para la próxima reunión	5 minutos	Expositivo, mosquitos

2DA. SEMANA: SESIÓN EDUCATIVA N° 1: “CONOZCO ACERCA DE LA HTA A MI EDAD”

Fecha: 12-12-14 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:30 pm.

Lugar: CAM “TAYTA WASI” N° de participantes: 30

Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora.

Objetivo:

- Ofrecer apoyo educativo a los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” sobre conceptos, clasificación, signos y síntomas, complicaciones y factores de riesgo de la HTA.

Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Bienvenida, saludo y control de asistencia a los participantes	10 minutos	Tarjetitas, hoja de asistencia
Exposición sobre la HTA: -Preguntas abiertas sobre HTA -Motivación -Exposición dialogada -Preguntas del tema -Tarea: entregar la sopa de letras la próx. semana	30 minutos	Dinámica grupal, ponencia sobre la HTA/Sobres con imágenes, cartulinas, plumones, equipo multimedia, videos, sopa de letras de la HTA.
Control de presión arterial	20 minutos	Estetoscopio, tensiómetro, tarjetas de control

Tema: Hipertensión Arterial en el adulto mayor

Definición: La hipertensión arterial (HTA) es el aumento de las cifras tensionales o de presión de las arterias por encima de valores considerados normales, es decir, la elevación de una de las dos presiones arteriales, sistólica o diastólica o de ambas.

Clasificación de la presión arterial: Se consideró la categoría normal de la clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, presión arterial sistólica: <130 mmHg y presión arterial diastólica: < 85 mmHg. La presión arterial sistólica (PAS) es el componente de mayor relevancia y el más difícil de tratar, por ejemplo, en personas mayores de 50 años, la PAS mayor de 140mmHg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular mucho más importante que la presión arterial diastólica (PAD).

Signos y síntomas: La HTA a menudo la llaman el asesino silencioso porque por lo general no presenta síntomas. Se pueden presentar posibles signos y síntomas: cefalea (casi siempre occipital), rubor facial, hemorragia nasal, mareos, fatiga, palpitaciones, hematuria.

Complicaciones: La HTA aumenta el riesgo de infarto al miocardio, siendo la forma más común de daño a órgano blanco; falla cardíaca, accidente cerebrovascular, hemorragia cerebral, hemorragia retiniana, daño renal; estas complicaciones por daño vascular se duplica con el simple incremento de la presión en 20/10 mmHg, mientras más tiempo se tenga la presión alta, mayor el riesgo de complicaciones.

Factores de riesgo: Existen factores asociados con la aparición de la HTA, los cuales se clasifican en modificables y no modificables. Entre los factores modificables se encuentran el sobrepeso y obesidad; los hábitos alimentarios (consumo excesivo de sal o baja ingesta de potasio, magnesio y calcio; ácidos grasos y colesterol,

carbohidratos y fibra); los estilos de vida (el consumo de alcohol, el tabaquismo, la cafeína, la inactividad física); enfermedades como la diabetes mellitus, y los factores psicosociales (estrés emocional, psicosocial, tensión ocupacional y tipo de personalidad). Por el contrario, los no modificables se refieren a la edad, la raza negra, la herencia y el sexo masculino. De los factores mencionados, la intervención educativa de enfermería se orienta a los relacionados a la alimentación, la inactividad física y el estrés, debido a que son los más mencionados en las investigaciones como factores de riesgo para las complicaciones de la HTA en los adultos mayores a nivel mundial. A estos factores se agregan el conocimiento básico de la HTA y el manejo adecuado de los medicamentos.

3ERA. SEMANA: SESIÓN EDUCATIVA N° 2: “TENGO CUIDADO CON LOS MEDICAMENTOS Y EL ALCOHOL. CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”

Fecha: 19-12-14 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:30 pm.

Lugar: CAM “TAYTA WASI” N° de participantes: 30

Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora.

Objetivo:

- Ofrecer apoyo educativo a los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” acerca de la importancia del manejo adecuado de los medicamentos, hábitos nocivos y control sobre la presión arterial.

Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Saludo y control de asistencia a los participantes	10 minutos	Tarjetitas, hoja de asistencia
Exposición sobre el tratamiento farmacológico, hábitos nocivos e importancia del control médico y de la presión arterial: -Preguntas abiertas sobre el tema -Motivación -Exposición dialogada -Preguntas del tema	30 minutos	Dinámica grupal, ponencia sobre el tema/Sobres con imágenes, cartulinas, plumones, equipo multimedia, videos.
Control de presión arterial	20 minutos	Estetoscopio, tensiómetro, tarjetas de control

Tema: Manejo adecuado de los medicamentos, hábitos nocivos e importancia del control médico y toma de presión arterial en los adultos mayores

Medicamentos:

Los cambios en el cuerpo debido al envejecimiento, la posibilidad de que se presenten varias enfermedades, sobre todo del tipo crónicas, el uso de más de una medicina al mismo tiempo, la incertidumbre sobre las indicaciones del médico, pobres relaciones con los profesionales de la salud, pueden contribuir a la presencia de una interacción de medicamentos en el adulto mayor que se puede manifestar como una reacción adversa o el deterioro del estado de salud.

La importancia de ofrecer la información necesaria para el manejo adecuado de medicamentos, está fundamentada en que el tratamiento no farmacológico,

alimentación saludable, actividad física, debe combinarse con el tratamiento farmacológico en el hipertenso, es decir, lograr un manejo integral de todos los factores de riesgo; está demostrado el enorme impacto del tratamiento con la disminución de enfermedad cardiocerebrovascular y mortalidad.

Además, encuestas realizadas en diferentes partes del mundo han demostrado que los pacientes de todas las razas, sexo, nivel educativo y estado socio económico tienden a modificar las dosis, la frecuencia de administración y duración total del tratamiento, según criterios personales, o a combinarlos con medicinas caseras.

Entender el proceso de la administración de medicamentos desde la perspectiva del individuo es un elemento crítico para desarrollar intervenciones de enfermería efectivas. La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades y actitudes esenciales para el manejo adecuado de los medicamentos en sus vidas diarias.

El uso correcto de los medicamentos sólo es posible cuando se cumplen ciertos criterios que están en la base de las diferentes etapas que van desde la selección de los medicamentos hasta el consumo por el paciente:

- ✓ De preferencia el enfermo debe acudir a su consulta acompañado de otra persona a fin de evitar el olvido de alguna información vital.
- ✓ Informe al médico sobre todos los medicamentos que está consumiendo. Incluir todos aquellos síntomas o cambios en su organismo distintos a los de su vida diaria: irritaciones en la piel, indigestión, mareos, náuseas, doble visión, falta de apetito, cansancio.
- ✓ Siempre tener a la mano un listado de todos los medicamentos que se están tomando, la cual debe incluir además del nombre del medicamento, la dosis y los horarios en que los toma.
- ✓ Revise que la receta tenga su nombre y los medicamentos completos que debe tomar.
- ✓ Confirme que los medicamentos que le proporcionan en la farmacia sean los mismos que están señalados en la receta.
- ✓ Si no encuentra el medicamento en la farmacia no compre otro hasta que su médico se lo autorice.
- ✓ Una vez en el domicilio el paciente debe destinar un lugar fresco, seco y oscuro para guardar los medicamentos, puesto que muchos de ellos se degradan por efectos de la luz, calor, humedad y ataque de roedores.
Antes de guardar los medicamentos se debe verificar las fechas de los medicamentos anteriores, compararlos con los nuevos y colocar adelante los de más próxima caducidad, para ser utilizados antes.
- ✓ Deben revisarse los frascos y las fechas de vencimiento de las medicinas para que, en caso de que hayan caducado, no consumirlas.
- ✓ Antes de tomar el medicamento, debe revisar la etiqueta del medicamento y así comprobar que es el medicamento que debe ingerir. En el caso de que no pueda leer, se debe diseñar con ayuda de un familiar o persona de confianza un mecanismo para que sea fácilmente identificable.
- ✓ Las medicinas deben tomarse en la dosis exacta y en el horario preciso que el médico haya recetado. No debe suspenderse ningún tratamiento hasta que el médico así lo indique.
- ✓ Bajo ninguna circunstancia deben tomarse otros medicamentos, aunque sean

recomendados como muy buenos por otras personas. Igualmente, el paciente no deberá recomendar sus propios medicamentos aunque los síntomas sean parecidos.

- ✓ En el momento de la administración debe verificarse el nombre del medicamento y de nuevo la fecha de vencimiento; tener la precaución de no usar medicamentos que hayan cambiado de color y olor característicos ni su aspecto, tales como, tabletas que se deshacen, polvos que se agrupan, ya que por efectos de los factores señalados, el medicamento puede haber perdido actividad terapéutica, aumentando su toxicidad o su capacidad alérgica.
- ✓ Evite consumir medicamentos con bebidas alcohólicas.

Hábitos Nocivos: Los mecanismos por los cuales el alcohol puede afectar la presión sanguínea no están claramente establecidos, pero se cree que puede actuar a través del aumento de la actividad del sistema nervioso simpático. Se considera que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, que a grandes dosis perjudica seriamente la salud afectando negativamente a nivel hepático, circulatorio-cardíaco, nervioso, digestivo y muscular; provoca dependencia psicosocial y adicción; tras su uso prolongado causa efectos tóxicos en el organismo.

-Si usted fuma, dejar de hacerlo (encuentre un programa que le ayude a dejar de fumar).

-Reducir la cantidad de alcohol que toma (1 trago al día para las mujeres, 2 para los hombres).

Control médico y control de P.A.

El médico revisará la presión arterial varias veces antes de diagnosticar la hipertensión arterial. Es normal que la presión arterial sea distinta dependiendo de la hora del día. Las lecturas de la presión arterial que usted toma en la casa pueden ser una mejor medida de su presión arterial corriente que las que se toman en el consultorio médico. Cerciórese de conseguir un dispositivo casero de buen ajuste y de buena calidad. Debe tener el manguito del tamaño apropiado y un lector digital.

Practique con el médico o la enfermera para verificar que esté tomando su presión arterial correctamente. El médico llevará a cabo un examen físico para buscar signos de cardiopatía, daño a los ojos y otros cambios en el cuerpo.

Se pueden hacer exámenes para buscar

-Niveles altos de colesterol.

-Cardiopatía, como ecocardiografía o electrocardiografía.

-Nefropatía, como pruebas metabólicas básicas y análisis de orina o ecografía de los riñones.

4TA. SEMANA: SESIÓN EDUCATIVA N° 3: “YO COMO SANO PARA CONTROLAR MI PESO Y TENSIÓN”

Fecha: 02-01-15 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:30 pm.

Lugar: CAM “TAYTA WASI” N° de participantes: 30

Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora.

Objetivo:

- Ofrecer apoyo educativo a los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” sobre alimentación saludable.

Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Saludo y control de asistencia a los participantes	10 minutos	Tarjetitas, hoja de asistencia
Exposición sobre los hábitos alimenticios y control de obesidad en la HTA. -Preguntas abiertas sobre el tema -Motivación -Exposición dialogada -Preguntas del tema -Difusión: menú especial -Tarea: entregar la próx. semana la sopa de letras.	30 minutos	Dinámica grupal, ponencia sobre el tema/Sobres con imágenes, cartulinas, plumones, equipo multimedia, videos, menú para el hipertenso, sopa de letras.
Control de presión arterial	20 minutos	Estetoscopio, tensiómetro, tarjetas de control

Tema: Hábitos alimentarios en el adulto mayor hipertenso y controlando la obesidad.

Los buenos hábitos alimentarios están relacionados con la reducción de peso y la disminución de las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos. El plan dietético debe considerar un esquema de alimentación agradable, adaptándolo en lo posible a las preferencias y a los hábitos alimentarios de las personas, en especial cuando se trata de adultos mayores. La ingesta de los siguientes nutrientes específicos: exceso de sal o sodio, ácidos grasos, colesterol y carbohidratos o baja ingesta de potasio, calcio y fibra; aún no está clara la asociación, tanto positiva como negativamente con la incidencia de hipertensión arterial (HTA); pero, considerando que estos son tratables y susceptibles de modificar, deben ocupar un lugar preponderante en la prevención y en el tratamiento no farmacológico de la HTA.

Con relación al sodio (Na): La forma exacta como el sodio contribuye al incremento de la presión sanguínea no está clara; una hipótesis es que un defecto hereditario adquirido de la habilidad de los riñones para excretarlo puede ocasionar su retención y elevar las cifras de sodio (Na), cloro (Cl) y agua en la sangre, incrementando la presión arterial y el daño renal. La raza humana está programada genéticamente para consumir máximo 1 g de sal/día (menos de 1 cucharadita de sal/día); así que defiende la hipótesis de que una dieta alta en sal incrementa la hipertrofia ventricular

izquierda y la incidencia de la rigidez de las arterias, por lo tanto, la reducción de sal en la dieta, disminuye la presión arterial y el riesgo de enfermedades cerebrovasculares.

Las guías alimentarias para la población adulta mayor hipertensa mayor presentan una serie de recomendaciones relacionadas con el consumo de sodio que pueden brindar una guía práctica de tratamiento no farmacológico para los hipertensos:

- ✓ Limitar el consumo de alimentos procesados, como embutidos, carnes enlatadas y empaquetadas, por su alto contenido de sodio, tales como productos de charcutería (jamón, salchicha, salchichón); cubitos con extractos de pollo o carne para sopas; sopas y salsas en sobres; almojábana, pan de bono y arepa con sal; galletas de soda, maní salado; queso con sal; pescados salados y carnes secas; vísceras; salsas (soya, mayonesa, mostaza, tomate, salsa negra); condimentos y golosinas que contengan sal; agua mineral con gas.
- ✓ Condimentar las carnes, verduras y sopas, con ajo, cebolla, perejil, cilantro, laurel, orégano, limón, quedan sabor agradable a los alimentos.
- ✓ No agregar sal a las preparaciones, ni en la mesa después de servidas, es una costumbre que conviene eliminar. La cantidad necesaria de sal se cubre con el sodio que aportan los alimentos consumidos durante el día.
- ✓ Leer las etiquetas de los alimentos procesados.
- ✓ Evitar el consumo excesivo de productos de pastelería.

Con relación al potasio (K): Se cree que la relación dietética K/Na puede ser importante para disminuir o mantener una presión arterial baja. Se ha formulado la hipótesis de que una dieta rica en potasio protege las células endoteliales en presencia de HTA, previniendo las lesiones de las paredes arteriales ante la presencia de hemorragias cerebrales e infarto. Para aumentar el aporte dietético de potasio se recomienda:

- ✓ Aumentar el consumo de alimentos tales como: banano, naranja, papaya, granadilla, melón, coco.
- ✓ Consumir panela o papelón.
- ✓ Consumir leguminosas: frijol, lenteja, garbanzo.
- ✓ Incluir en la dieta: plátano, papa.

Con relación al calcio (Ca): La hipótesis de que una ingesta inadecuada de calcio sea un factor en la patogénesis de la HTA es controvertida; existen varios mecanismos todavía en estudio, se mencionan: los efectos potenciales vasoactivos de hormonas reguladoras del Ca como la paratiroidea y la vitamina D y, la regulación del sistema nervioso simpático. El complemento de calcio en la dieta se realiza:

- ✓ Incrementando el consumo de leche y derivados lácteos bajos en grasa.
- ✓ Para aquellas personas que tienen intolerancia a la lactosa se recomienda el

consumo de leches deslactosadas, así como yogur, kumis, cuajada.

Con relación a los ácidos grasos y colesterol: Casi todos los alimentos tienen algún tipo de grasa, excepto algunas frutas y verduras. El organismo necesita algunos tipos de grasa para funcionar adecuadamente. Sin embargo hay tipos de grasas saludables o buenas (monoinsaturadas, poliinsaturadas) y grasas no saludables o malas (saturadas, trans, colesterol); para muchas personas, los tipos de grasa menos saludables, son parte importante de la dieta. Un plan de alimentación sana puede y debe incluir grasas buenas, son ricas en calorías, pero pueden ayudar a reducir el colesterol y el riesgo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, y la obesidad. En una dieta promedio de 2.000 calorías diarias se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ Preferir los aceites vegetales de semilla (canola, oliva, maní, maíz, girasol, nuez, linaza), porque tienen menos contenido de grasas saturadas y no contienen colesterol.
- ✓ La grasa animal, como la manteca de res o cerdo, la mantequilla, la crema de leche, el queso doble crema, el chicharrón, la parte grasa de la carne, la leche entera, la piel del pollo; contienen grasas saturadas y colesterol; igualmente, las galletas envasadas, papas fritas; alimentos procesados(enlatados, embutidos), yema de huevo.
- ✓ Controlar el exceso de preparaciones fritas, cuando use aceite, es conveniente calentarlos sin dejarlos humear; reutilizar el mismo aceite no más de dos veces.
- ✓ Consuma más pescado, nueces, semillas, aguacate.
- ✓ Hornear o guisar los alimentos en lugar de freírlos.
- ✓ Revisar las etiquetas de los alimentos para saber el contenido y qué tipo de grasa contiene.

Con relación a los carbohidratos: Los carbohidratos son una excelente fuente de energía para el cuerpo que ayudan al cerebro y al sistema nervioso a funcionar a su máxima capacidad; se presentan en forma de almidón y azúcar. Cuando se consume el azúcar en exceso se almacena en el organismo, en forma de grasa. Los carbohidratos se encuentran en cantidades normales en la leche, frutas, verduras, pan, cereales, granos; y en mayor cantidad en el arequipe, cocadas, panelitas, mermeladas, miel, panela. Se deben evitar los dulces, así como agregar azúcar a las ensaladas de frutas, a los jugos naturales, al agua aromática.

Con relación a la fibra: La fibra es la parte de las frutas, verduras y granos que el cuerpo no puede digerir; se encuentra únicamente en las plantas; estos alimentos además de aportar fibra son ricos en vitaminas y minerales; tienen bajos valores de grasas y calorías; contienen sustancias que pueden ayudar a prevenir enfermedades cardíacas, la HTA y algunos tipos de cáncer; su consumo ayuda a mantener sano el sistema digestivo, previniendo el estreñimiento. También la fibra soluble proporcionada por el consumo de leguminosas y algunas frutas, tiene efectos

importantes en la regulación de glicemia y lípidos sanguíneos, beneficiando de esta forma la salud cardiovascular. Existen varias formas que ayudan a incluir más frutas y verduras en la dieta:

- ✓ Consumir frutas al natural, lavarlas muy bien antes de cortarlas; combinar ensaladas de frutas con verduras.
- ✓ Comprar preferiblemente las frutas, verduras y hortalizas que estén en cosecha, a nivel nacional o regional, son más económicas y tienen el mismo valor nutritivo que las importadas.
- ✓ Agregar rebanadas de banana al cereal integral o al yogurt del desayuno o manzana en la avena.
- ✓ Tomar un vaso de jugo natural en el desayuno.
- ✓ Agregar verduras a las sopas.
- ✓ Consumir en ocasiones frijoles, garbanzo, arvejas, lentejas, arroz, en lugar de carne.
- ✓ Preferir los cereales integrales.
- ✓ Cuando se consumen alimentos ricos en fibra debe aumentarse la ingesta de líquidos, preferiblemente agua.

5TA. SEMANA: SESIÓN EDUCATIVA N° 4: “SOY HIPERTENSO Y HAGO EJERCICIOS PARA CUIDARME. BOTANDO EL ESTRÉS.”

Fecha: 09-01-15 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:30 pm.

Lugar: CAM “TAYTA WASI” N° de participantes: 30

Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora.

Objetivo:

- Ofrecer apoyo educativo a los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” acerca de la importancia de realizar actividad física.

Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Saludo y control de asistencia a los participantes	10 minutos	Tarjetitas, hoja de asistencia
Exposición sobre los ejercicios físicos y control del estrés -Preguntas abiertas sobre el tema -Motivación -Exposición dialogada -Preguntas del tema -Gimnasia para adultos mayores	30 minutos	Dinámica grupal, ponencia sobre el tema/Sobres con imágenes, cartulinas, plumones, equipo multimedia, videos, música de relajación.
Control de presión arterial	20 minutos	Estetoscopio, tensiómetro, tarjetas de control

Tema: Actividad física en el adulto mayor hipertenso y control del estrés

La inactividad física es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, osteoporosis. El ejercicio es un tipo de actividad física que se refiere a un movimiento corporal voluntario, planeado, estructurado y repetitivo; debe programarse con aumento gradual tanto en intensidad como en el tiempo de duración.

Los beneficios del ejercicio están relacionados con el control del peso, la prevención de enfermedades como la hipertensión arterial y la cardiovascular, normaliza las cifras del colesterol.

Cuando la salud no es buena o se tienen problemas de salud crónicos, un poco de ejercicio diario marcará la diferencia y, una de las maneras de obtener los beneficios nombrados anteriormente es caminar. La caminata es una de las formas más sencillas, cómodas y económicas para ser más activo y mejorar la salud. Para iniciar o mantener el proceso de la caminata, como actividad física, se recomienda:

- ✓ Comenzar con metas pequeñas y a corto plazo.
- ✓ Si no ha estado activo durante mucho tiempo, comience por una caminata de 15 minutos, tres veces por semana o intente salir a caminar tres veces al día por 10 minutos. En las siguientes semanas se puede aumentar la duración de la caminata a 20-30 minutos.
- ✓ La caminata se debe comenzar con un precalentamiento, realizar unos ejercicios de estiramiento, de miembros inferiores y superiores, sostener cada estiramiento durante 10 a 20 segundos, se puede sentir un tirón en el área que se está estirando, pero no se debe sentir ningún dolor, respirar normalmente durante el estiramiento; luego comenzar la caminata con paso normal, aumentar el ritmo en medio de la caminata e irlo bajando hasta

normalizarlo de nuevo, al final de la caminata, realizar de nuevo los ejercicios de estiramiento.

- ✓ Se debe caminar lo suficientemente rápido como para elevar la frecuencia cardíaca y la respiración. Cuando la caminata hace que aumente la frecuencia cardíaca y obliga a respirar más fuerte, significa que está ayudando a que el corazón se fortalezca. Sin embargo, no se debe caminar tan rápido que impida hablar.
- ✓ Usar calzado con un soporte adecuado, ropa cómoda y protegerse del sol.
- ✓ Levantarse temprano y buscar a alguien con quien caminar, puede ser un familiar, amigo, vecino o en grupo. Es menos probable que se abandone la caminata si la hace en compañía.
- ✓ Conseguir un perro. A estos animales les encanta caminar y sacarlo de la casa una o dos veces al día es una excelente forma de incorporar la caminata a su vida como actividad física.
- ✓ Al iniciar el plan de la caminata, puede ser que duelan los músculos y las articulaciones, incluso que los pulmones molesten un poco al respirar más fuerte. Se recomienda comenzar la caminata lentamente, el cuerpo se irá adaptando al ritmo. Consultar con el médico si persisten las molestias.
- ✓ Al principio de la caminata puede cansarse más fácilmente si hay sobrepeso u obesidad. Se debe recordar que es aconsejable dar un paso pequeño a la vez, estos pasos rápidamente comenzarán a acumularse para beneficio propio.
- ✓ Si se tiene algún problema con el corazón, es posible que se sienta temor de sufrir un ataque cardíaco mientras se camina, pero, se debe tener presente que es más probable sufrir de uno si no se hace ningún ejercicio. La caminata regular y planificada fortalecerá su corazón, vasos sanguíneos y pulmones.
- ✓ Además de la caminata, como una forma de ejercicio, se debe tratar de mantener el buen funcionamiento del cuerpo, siendo más activo en la vida diaria, por ejemplo, usar las escaleras en lugar del ascensor; estacionar el auto más lejos del lugar a donde se va a ir; realizar las tareas domésticas más rápido, con periodos cortos de reposo; en lugar de hacer llamadas por teléfono a un familiar, amigo o vecino cercanos, se debe ir caminando hasta donde se encuentren; no es aconsejable permanecer mucho tiempo sentado o acostado.

Asociada a la actividad física se encuentra la higiene corporal, como una acción de autocuidado. En el adulto mayor se recomienda tomar un baño 2 o 3 veces por semana, en los climas muy fríos; el baño ayuda a quitar las impurezas de la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento. Es recomendable realizarlo tras cada caminata, luego secar la piel con una toalla suave, asegurarse de secar bien los pliegues del cuerpo y colocar una crema hidratante.

Control del estrés como medida de autocuidado: El término estrés hace referencia a una reacción del organismo que por lo general se produce cuando las exigencias laborales, familiares o personales desbordan sus recursos. Si esta situación se prolonga en el tiempo pueden aparecer diversas alteraciones psicosomáticas de tipo cardiovascular, como la hipertensión arterial. Numerosos estudios han mencionado los efectos positivos de las técnicas de relajación en los adultos mayores hipertensos.

6TA. SEMANA: EVALUACIÓN DEL POST-TEST

Fecha: 16-01-15 Hora de inicio: 3:30 pm. Hora de finalización: 4:00 pm.

Lugar: CAM "TAYTA WASI" N° de participantes: 30

Responsable: Katya Lagos Arana Tiempo programado: 1 hora.

Objetivo:

- Medir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial luego de la estrategia educativa.

Actividades	Tiempo	Recursos/Método
Saludo, control de asistencia	5 minutos	Hoja de asistencia
Explicación del post-test	5 minutos	Expositivo
Evaluación del Post-test	40 minutos	Hojas de pre-test
Despedida y compartir	10 minutos	Lonchecito

ANEXO “C”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CUESTIONARIO)

Estimado Sr. o Sra.:

Muy buenas tardes, soy la Srta. Katya Lagos Arana, interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en coordinación con el Centro de atención del adulto mayor “TAYTA WASI”, estamos realizando un estudio dirigido a mejorar los conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado en la hipertensión arterial. Por consiguiente es muy importante y necesario que usted responda sinceramente las preguntas; la información que usted proporcione es de carácter anónimo. Le agradecemos, anticipadamente su valiosa colaboración.

A.-Datos Generales:

1. Edad:
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Grado de instrucción:
3. Tiempo que el médico le hizo diagnóstico de hipertensión arterial:
4. ¿Está tomando medicamentos contra la hipertensión? Sí () No ()

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados, léalos cuidadosamente y luego llene con un aspa (X) en la casilla de la siguiente manera:

SI Cuando Ud. sabe
NO Cuando Ud. no sabe
NO SÉ No recuerda

B.- Datos Específicos

Nº	PREGUNTAS	SÍ	NO	NO SÉ
1	¿Sabe que es la presión alta?			
2	¿El valor de 150/100 mmHg. es considerada como presión alta?			
3	¿Considera usted que la hipertensión arterial es una enfermedad curable?			
4	¿Si alguno de sus padres padece de hipertensión arterial, los hijos también padecerán esta enfermedad?			
5	No hacer ejercicios físicos, ¿es un factor de riesgo de contraer			

	presión alta?			
6	¿La obesidad o sobrepeso es un factor importante que causa la presión alta?			
7	¿Consumir embutidos y/o hamburguesas es un mal hábito alimenticio que te lleva a aumentar la presión?			
8	¿El dolor de cabeza, mareos, respiración lenta y zumbido de oídos son signos y síntomas cuando la presión está alta?			
9	¿La presión alta puede provocar daños en el cerebro, riñón o corazón?			
10	¿Se puede controlar la presión arterial alta con la dieta?			
11	¿Se recomienda controlar la presión, una vez a la semana?			
12	¿El captopril, enalapril o losartán son medicamentos para la presión alta?			
13	¿Se puede controlar la hipertensión arterial con medicamentos?			
14	¿Se puede disminuir la dosis de los medicamentos cuando baja la presión arterial sin consultar al médico?			
15	¿Se puede aumentar la dosis de los medicamentos cuando sube la presión arterial sin consultar al médico?			
16	¿Se puede dejar de tomar los medicamentos cuando la presión arterial se normaliza, sin consultar al médico?			
17	¿Es bueno tomar pastillas según dicen las demás personas?			
18	¿Hacer ejercicio todos los días mejora la presión sanguínea y la salud del corazón?			
19	Se recomienda hacer una caminata, tres veces a la semana, para prevenir la presión alta, ¿Esta caminata debe durar 2 horas?			
20	¿El estrés o tensión emocional puede ser la causa de la presión alta?			
21	¿Trabajar arduamente, ayudan a disminuir el estrés?			
22	¿Tomar pastillas para dormir nos ayudará a tener la presión baja?			
23	¿Considera usted que el tomar mucho café aumenta la presión alta?			
24	¿Considera que el consumo de alcohol afecta la presión alta?			
25	Consumir mucha sal, ¿es un factor de riesgo de contraer presión alta?			
26	Tomar bebidas alcohólicas, ¿es un factor de riesgo de contraer presión alta?			
27	¿Tomar abundante agua conlleva a disminuir la presión alta?			
28	¿El comer frutas y/o verduras conllevan a disminuir la presión alta?			

ANEXO “D”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS DEL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR “TAYTA WASI” – VMT, LIMA, 2014”

Investigadora: Katya Lagos Arana - tesista de la UNMSM

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar la efectividad de la estrategia educativa sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” - VMT, Lima, 2014. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. A través de este consentimiento informado también se le solicita la autorización para utilizar cámaras fotográficas y de video durante la investigación, así como para la publicación de fotografías que se obtengan durante el estudio. Reciba usted mi agradecimiento anticipado por el interés y la atención prestada.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. También me han explicado que puedo renunciar a la participación en cualquier momento del desarrollo del proyecto, sin que se afecten mis servicios en este centro de salud. Igualmente autorizo a la investigadora a utilizar cámaras fotográficas y de video, así como la publicación de fotografías relacionadas con el proyecto. La investigadora me informará sobre los resultados obtenidos en el estudio, si así lo solicito.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO “E”
CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

A. Datos Generales:

a. Edad:

- | | |
|------------------|---|
| 1. 60-65 años | a |
| 2. 66-70 años | b |
| 3. 71-75 años | c |
| 4. 76-80 años | d |
| 5. 81 años a más | e |

a. Sexo:

- | | |
|--------------|---|
| 1. Masculino | a |
| 2. Femenino | b |

b. Grado de instrucción

- | | |
|---------------|---|
| 1. Analfabeto | a |
| 2. Primaria | b |
| 3. Secundaria | c |
| 4. Superior | d |

c. Tiempo que le diagnosticaron su hipertensión arterial:

- | | |
|------------------|---|
| 1. 1-5 años | a |
| 2. 6-10 años | b |
| 3. 11-15 años | c |
| 4. 16-20 años | d |
| 5. 21 años a más | e |

d. ¿Está tomando medicamentos para la hipertensión?

- | | |
|-------|---|
| 1. Sí | a |
| 2. No | b |

B. Preguntas:

- | | |
|--------|---------|
| 1. SI | 1 punto |
| 2. SÍ | 1 punto |
| 3. NO | 1 punto |
| 4. SÍ | 1 punto |
| 5. SI | 1 punto |
| 6. SÍ | 1 punto |
| 7. SÍ | 1 punto |
| 8. SÍ | 1 punto |
| 9. SI | 1 punto |
| 10. SÍ | 1 punto |
| 11. NO | 1 punto |
| 12. SI | 1 punto |
| 13. SÍ | 1 punto |
| 14. NO | 1 punto |
| 15. NO | 1 punto |
| 16. NO | 1 punto |

17. NO	1 punto
18. SI	1 punto
19. NO	1 punto
20. SI	1 punto
21. NO	1 punto
22. NO	1 punto
23. SI	1 punto
24. SI	1 punto
25. SÍ	1 punto
26. SÍ	1 punto
27. SÍ	1 punto
28. SÍ	1 punto

"ANEXO G"																																			
TABULACIÓN																																			
POST-TEST																																			
N° DE PERSONAS	DATOS GENERALES					PREGUNTAS																													
	Edad	Sexo	Grado de Instrucción	Tiempo de enfermedad	Toma medicamentos contra la	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
1	a	a	d	a	b	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
2	a	b	c	a	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
3	a	b	c	a	a	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	
4	b	b	c	b	a	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	24	
5	b	a	b	b	b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
6	b	b	c	b	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	27	
7	b	b	b	b	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	26	
8	b	a	b	b	a	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	21	
9	c	b	a	c	a	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	23	
10	c	b	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	23	
11	c	a	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	27	
12	c	a	a	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	25	
13	c	a	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	26	
14	c	b	b	c	a	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	18
15	c	b	a	c	b	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	22	
16	c	a	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	26	
17	c	b	a	c	a	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	25	
18	c	b	b	c	a	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	18
19	c	a	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	24	
20	c	b	b	c	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
21	c	b	b	c	a	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	23	
22	d	b	a	d	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
23	d	b	a	d	a	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	19
24	d	b	a	d	a	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	17	
25	d	a	b	d	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	24	
26	d	b	b	d	a	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	15	
27	d	b	b	d	a	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	18	
28	d	a	a	d	a	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
29	d	b	b	d	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
30	e	a	a	e	a	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	16

ANEXO “H”

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	N° DE JUECES						P
	1	2	3	4	5	6	
1.	1	1	1	1	1	1	0.01563
2.	1	1	1	1	1	1	0,01563
3.	1	1	1	1	1	1	0,01563
4.	1	1	1	1	1	1	0,01563
5.	1	1	1	1	0	1	0,10938
6.	1	1	1	1	1	0	0,10938
7.	1	1	1	1	1	1	0,01563
8.	1	1	1	1	1	1	0,01563
9.	1	1	1	1	1	1	0,01563
10.	1	1	1	1	1	1	0,01563

➤ Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

El p resultante fue de 0,03; esto quiere decir que, la concordancia es significativa.

ANEXO “I”

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita; para lo cual se considera:

- ✓ N= Tamaño la población
- ✓ P= Proporción poblacional =0,5
- ✓ Q= (1-p) = 0,5
- ✓ E= Error muestral = 0,1
- ✓ Z α = Intervalo de confianza = 1,96 (95% de confianza)
- ✓ n= Muestra poblacional

$$n = \frac{N \cdot P (1-P)}{(N-1) (E)^2 + P (1-P)} \cdot Z_{\alpha}^2$$

$$n = \frac{44 (0,25)}{43 (0,1)^2 + 0,25} \cdot (1,96)^2$$

$$n = \frac{11}{0,3619}$$

$$n = 30$$

La muestra poblacional debe estar conformada por un mínimo de 30 adultos mayores hipertensos.

ANEXO “J”

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN R DE PEARSON: CORRELACIÓN ÍTEM-TEST

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[(N \sum x^2 - (\sum x)^2)^{1/2} [(N \sum y^2 - (\sum y)^2)^{1/2}]}$$

Donde:

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: sumatoria de puntajes simples de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

r_{xy} : coeficiente de regresión el conjunto x é y

Si $r > 0,2$ el instrumento es válido; por lo tanto según los resultados es válido para cada uno de sus ítems.

ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
r de PEARSON	0,45	0,38	0,43	0,41	0,34	0,49	0,53	0,37	0,33	0,38	0,21	0,21	0,73	0,39	0,51	0,21	0,23	0,30	0,54	0,29	0,21	0,52	0,43	0,46	0,42	0,57	0,52	0,34

ANEXO “K”

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD: ALFA DE CROMBACH (α)

$$\alpha = K \frac{1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}}{K-1} \quad 0 < \alpha < 1$$

$i=1,2,\dots,k$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

k: Número de ítems

s_i^2 : Varianza de cada ítem

s_t^2 : Varianza total

Obteniéndose los siguientes resultados:

$$\alpha = \frac{28}{27} \left(1 - \frac{6,81}{29,77} \right)$$

$$\alpha = 1,04 (0,77)$$

$$\alpha = 0,8$$

$\alpha > 0,50$ significativo

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 80%.

Además todo valor α superior a 0,5 indica que el instrumento utilizado es confiable y consistente.

ANEXO “L”

PRUEBA T PARA DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

➤ *Hipótesis de estudio*

H₁: Con la aplicación de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” se evidencia mayor conocimientos acerca del autocuidado en los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” – VMT, Lima, 2014.

H₀: Con la aplicación de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” se evidencia menor conocimiento acerca del autocuidado en los adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” – VMT, Lima, 2014.

➤ *Siendo la expresion estadística para la variable conocimientos*

H₁: $\mu_D > \mu_A$ Ó $\mu_D - A > 0$

H₀: $\mu_D \leq \mu_A$ Ó $\mu_D - A \leq 0$

Con un margen de error, $\alpha = 0.05$

Prueba t:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{\bar{\sigma}_d / \sqrt{n}}$$

Donde:

\bar{d} : media de la diferencia

μ : media de la población = 0

$\bar{\sigma}_d$: se desconoce y se utiliza Sd, para estimarlo y es la desviación estándar de la diferencia.

n: tamaño de la muestra.

- **Criterio de decisión:**

La prueba es unilateral a la derecha, el valor critico que limita las zonas o áreas de rechazo y aceptación, es el valor tabular de la tabla normal estándar para $\alpha = 0.05$, $t_{tab} = 2,045$. Se rechaza la hipótesis nula si el valor calculado de la estadística resulta mayor o igual que el valor critico.

Realizando la operación:

N° Personas	Después	Antes	di	di-pd	(di-pd) ²
1	26	17	9	-0,97	0,9409
2	28	23	5	-4,97	24,7009
3	25	16	9	-0,97	0,9409
4	24	14	10	0,03	0,0009
5	28	24	4	-5,97	35,6409
6	27	16	11	1,03	1,0609
7	26	21	5	-4,97	24,7009
8	21	7	14	4,03	16,2409
9	23	9	14	4,03	16,2409
10	23	7	16	6,03	36,3609
11	27	12	15	5,03	25,3009
12	25	9	16	6,03	36,3609
13	26	14	12	2,03	4,1209
14	18	6	12	2,03	4,1209
15	22	13	9	-0,97	0,94
16	26	18	8	-1,97	3,8809
17	28	17	11	1,03	1,0609
18	18	7	11	1,03	1,0609
19	24	16	8	-1,97	3,8809
20	28	19	9	-0,97	0,9409
21	23	11	12	2,03	4,1209
22	27	15	12	2,03	4,1209

23	19	8	11	1,03	1,0609
24	17	8	9	-0,97	0,9409
25	24	17	7	-2,97	8,8209
26	15	15	0	-9,97	99,4009
27	18	8	10	0,03	0,0009
28	26	17	9	-0,97	0,9409
29	28	18	10	0,03	0,0009
30	16	5	11	1,03	1,0609
			P=9,97		$\Sigma=358,9661$

- **Cálculo de la prueba estadística:**

$$\bar{d} = \frac{\sum di}{n} = 9,97$$

$$sd = \sqrt{\frac{\sum (di - \bar{d})^2}{n-1}} = \sqrt{358,97/29} = \sqrt{12,38} = 3,52$$

$$t = \frac{\bar{d} - \mu d}{\delta d / \sqrt{n}} = \frac{9,97 - 0}{3,52/\sqrt{30}} = 15,58$$

$$\delta d / \sqrt{n} = 3,52/\sqrt{30} = 0,64$$

$t_{cal} = 15,58$ y $t_{tab} = 2,045$; por lo tanto: $t_{cal} > t_{tab}$

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que con un nivel de significancia del 95% que la estrategia educativa es efectiva en el incremento de conocimientos respecto al autocuidado de la hipertensión arterial en los adultos mayores.

ANEXO "M"

MEDICIÓN DE LA VARIABLE: ESCALA DE STANONES

Primera observación: $X1=13,23$ $X1$: Promedio del pre test
 $S1= 5,365$ $S1$: Desviación estándar del pre-test

Segunda observación: $X2=23,43$ $X2$: Promedio del post test
 $S2= 3,862$ $S2$: Desviación estándar del pos-test

Hallando X_p (Promedio del promedio): $X_p=(X1+X2)/2=(13,23+23,43)/2=18,33$

Hallando S_p (Promedio de la desviación estándar): $S_p=(S1+S2)/2=(5,37+3,86)/2=4,615$

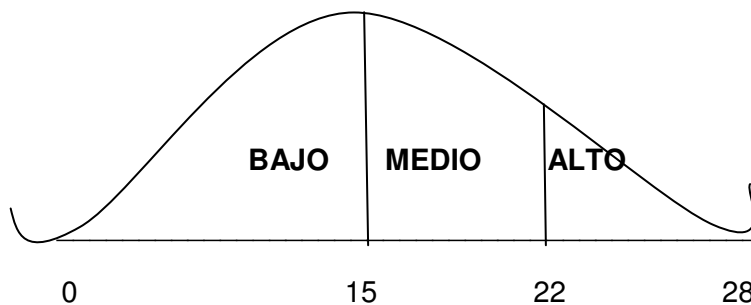
PRUEBA STANONES:

$$a= X_p - (0,75) (S_p)$$

$$b= X_p + (0,75) (S_p)$$

Reemplazando: $a=18,33 - 0,75 (4,615) = 14,87 = 15$

$$b=18,33 + 0,75 (4,615) = 21,79125 = 22$$



Por lo tanto, los intervalos del nivel de conocimientos son:

- Bajo: 0-14
- Medio: 15-22
- Alto: 23-28

ANEXO “N”

TABLA N° 1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL

CAM “TAYTA WASI” DEL DISTRITO DE VMT

LIMA-PERÚ

2014

EDAD	N°	%
60-65 años	3	10,0
66-70 años	5	16,7
71-75 años	13	43,3
76-80 años	8	26,7
81 años a más	1	3,3
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

ANEXO “Ñ”

TABLA N° 2

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL

CAM “TAYTA WASI” DEL DISTRITO DE VMT

LIMA-PERÚ

2014

SEXO	N°	%
Masculino	11	36,7
Femenino	19	63,3
TOTAL	30	100

***Fuente:** Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.*

ANEXO “O”

TABLA N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

DEL CAM “TAYTA WASI” DEL DISTRITO DE VMT

LIMA-PERÚ

2014

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeto	9	30,0
Primaria	16	53,3
Secundaria	4	13,3
Superior	1	3,3
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

ANEXO “P”

TABLA N° 4

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

DEL CAM “TAYTA WASI” DEL DISTRITO DE VMT

LIMA-PERÚ

2014

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
1-5 años	3	10,0
6-10 años	5	16,7
11-15 años	13	43,3
16-20 años	8	26,7
21 años a más	1	3,3
TOTAL	30	100

***Fuente:** Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.*

ANEXO “Q”

TABLA N° 5

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS DE LOS ADULTOS

MAYORES HIPERTENSOS DEL CAM “TAYTA WASI”

DEL DISTRITO DE VMT

LIMA-PERÚ

2014

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS	N°	%
Sí	27	90
No	3	10
TOTAL	30	100

***Fuente:** Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.*

ANEXO “R”

TABLA N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL
AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANTES Y
DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA ESTRATEGIA
EDUCATIVA “CUIDANDO Y CONTROLANDO
MI PRESIÓN ALTA” EN EL CAM “TAYTA
WASI” DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014

NIVELES	PRE-TEST		POST-TEST	
	N°	%	N°	%
Alto	2	6,7	21	70
Medio	12	40,0	9	30
Bajo	16	53,3	0	0
TOTAL	30	100	30	100

***Fuente:** Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM “TAYTA WASI”, en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.*

ANEXO “S”

TABLA N° 7

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LA
ENFERMEDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE
PREGUNTAS ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y
CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”
EN EL CAM “TAYTA WASI”
DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014

ÍTEM DE CONOCIMIENTO: SOBRE LA ENFERMEDAD	ANTES				DESPUÉS				TOTAL	
	CON.	%	DESC.	%	CON.	%	DESC.	%	N°	%
¿Sabe que es la presión alta?	22	73	8	27	30	100	0	0	30	100
¿El valor de 150/100 mmHg. es considerada como presión alta?	15	50	15	50	29	97	1	3	30	100
¿Considera usted que la hipertensión arterial es una enfermedad curable?	14	47	16	53	27	90	3	10	30	100
¿Si alguno de sus padres padece de hipertensión arterial, los hijos también padecerán esta enfermedad?	21	70	9	30	26	87	4	13	30	100

No hacer ejercicios físicos, ¿es un factor de riesgo de contraer presión alta?	18	60	12	40	25	83	5	17	30	100
¿La obesidad o sobrepeso es un factor importante que causa la presión alta?	16	53	14	47	24	80	6	20	30	100
¿El dolor de cabeza, mareos, respiración lenta y zumbido de oídos son signos y síntomas cuando la presión está alta?	11	37	19	63	25	83	5	17	30	100
¿La presión alta puede provocar daños en el cerebro, riñón o corazón?	15	50	15	50	27	90	3	10	30	100
¿Se puede controlar la presión arterial alta con la dieta?	12	40	18	60	23	77	7	23	30	100
¿Se recomienda controlar la presión, una vez a la semana?	11	37	19	63	22	73	8	27	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM "TAYTA WASI", en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

ANEXO “T”

TABLA N° 8

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE LOS
CUIDADOS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ÍTEMS DE
PREGUNTAS ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA “CUIDANDO Y
CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”
EN EL CAM “TAYTA WASI”
DEL DISTRITO DE VMT
LIMA-PERÚ**

2014

ÍTEM DE CONOCIMIENTO: SOBRE LA ENFERMEDAD	ANTES				DESPUÉS				TOTAL	
	CON.	%	DESC.	%	CON.	%	DESC.	%	N°	%
¿El captopril, enalapril o losartán son medicamentos para la presión alta?	14	47	16	53	24	80	6	20	30	100
¿Se puede controlar la hipertensión arterial con medicamentos?	18	60	12	40	27	90	3	10	30	100
¿Se puede disminuir la dosis de los medicamentos cuando baja la presión arterial sin consultar al médico?	17	57	13	43	24	80	6	20	30	100

¿Se puede aumentar la dosis de los medicamentos cuando sube la presión arterial sin consultar al médico?	12	40	18	60	24	80	6	20	30	100
¿Se puede dejar de tomar los medicamentos cuando la presión arterial se normaliza, sin consultar al médico?	12	40	18	60	28	93	2	7	30	100
¿Es bueno tomar pastillas según dicen las demás personas?	13	43	17	57	27	90	3	10	30	100
¿Hacer ejercicio todos los días mejora la presión sanguínea y la salud del corazón?	13	43	17	57	22	73	8	27	30	100
Se recomienda hacer una caminata, tres veces a la semana, para prevenir la presión alta, ¿Esta caminata debe durar 2 horas?	17	57	13	43	24	80	6	20	30	100
¿El estrés o tensión emocional puede ser la causa de la presión alta?	15	50	15	50	27	90	3	10	30	100
¿Trabajar arduamente, ayudan a disminuir el estrés?	8	27	22	73	22	73	8	27	30	100
¿Tomar pastillas para dormir nos ayudará a tener la presión baja?	11	37	19	63	23	77	7	23	30	100
¿Consumir embutidos y/o hamburguesas es un mal hábito alimenticio que te lleva a aumentar la presión?	16	53	14	47	26	87	4	13	30	100

¿Considera usted que el tomar mucho café aumenta la presión alta?	13	43	17	57	23	77	7	23	30	100
¿Considera que el consumo de alcohol afecta la presión alta?	13	43	17	57	26	87	4	13	30	100
Consumir mucha sal, ¿es un factor de riesgo de contraer presión alta?	19	63	11	37	24	80	6	20	30	100
Tomar bebidas alcohólicas, ¿es un factor de riesgo de contraer presión alta?	14	47	16	53	24	80	6	20	30	100
¿Tomar abundante agua conlleva a disminuir la presión alta?	7	23	23	77	24	80	6	20	30	100
¿El comer frutas y/o verduras conllevan a disminuir la presión alta?	9	30	21	70	27	90	3	10	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adultos mayores hipertensos sobre conocimientos en el autocuidado de la HTA, del CAM "TAYTA WASI", en el distrito de VMT. Lima – Perú. 2014.

ANEXO “U”

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: DICIEMBRE 2014 – ENERO 2015

ETAPAS	Lunes 01	Viernes 05	Viernes 12	Viernes 19	Viernes 02	Viernes 09	Viernes 16
Difusión de proyecto de tesis a adultos mayores hipertensos	x						
Entrega del consentimiento informado del proyecto de investigación		x					
Evaluación del Pre-test a los adultos mayores		x					
Entrega de invitaciones de la realización de la primera actividad		X					
Difusión de la primera actividad mediante afiches		x					
Ejecución de la primera estrategia educativa “Conozco acerca de la HTA a mi edad”			X				
Ejecución de la segunda estrategia educativa “Tengo cuidado con los medicamentos y el alcohol. Controlando mi presión alta”				X			
Ejecución de la tercera estrategia educativa “Yo como sano para controlar mi peso y tensión”					X		
Ejecución de la cuarta estrategia educativa “Soy hipertenso y hago ejercicios para cuidarme. Botando el estrés.”						X	
Evaluación del Post-test a los adultos mayores hipertensos							X

ANEXO “V”

INVITACIÓN PERSONAL



INVITACIÓN

Se invita a todos los adultos mayores a participar del “Club del Adulto Mayor” en el cual se realizarán actividades educativas para el autocuidado de la hipertensión arterial y para pasar un momento agradable y de confraternidad. El día a realizarse es este **05 de Diciembre del 2014**, en el Club del Adulto Mayor del CAM “TAYTA WASI”



LOS ESPERAMOS.

Katya Lagos Arana

Tesista

UNMSM

ANEXO “W”

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ADULTO MAYOR DEL CAM “TAYTA WASI”
“ESTRATEGIA EDUCATIVA: CUIDANDO Y CONTROLANDO MI PRESIÓN ALTA”

SESIÓN EDUCATIVA N°:

FECHA:

HORA DE INICIO:

HORA DE SALIDA:

[illegible]

ANEXO “X”

TARJETA DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL CAM “TAYTA WASI”

[illegible]

ANEXO “Y”

MATERIAL PARA EXTENSIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HTA

PUPILETRAS

1. HIPERTENSION
2. SISTOLE
3. TENSIOMETRO
4. CEFALEA
5. MAREOS
6. INFARTO
7. OBESIDAD
8. ALCOHOL
9. ESTRÉS
10. HERENCIA

C	E	F	A	L	E	A	H	E	R	E	N	C	I	A	I	A
G	A	I	D	A	D	I	S	E	B	O	U	O	I	A	F	M
J	E	A	H	T	D	M	S	T	I	M	H	S	D	L	T	U
Q	C	V	O	P	U	T	G	S	Z	D	N	G	T	C	A	S
A	O	E	R	T	R	S	N	P	D	J	O	I	U	O	P	I
L	F	X	J	E	T	E	O	J	B	V	T	K	I	H	D	S
F	R	E	S	T	T	N	J	M	L	I	R	Q	O	O	A	T
A	S	C	C	R	T	T	X	Z	E	Ñ	A	E	I	L	X	O
M	A	R	E	O	S	Q	M	M	R	A	F	V	C	P	T	L
H	E	P	Q	Y	T	D	S	A	B	Y	N	E	M	L	O	E
A	I	A	B	T	R	E	J	C	I	A	I	L	I	P	F	R
H	O	R	T	E	M	O	I	S	N	E	T	B	V	C	L	M

(2°-EXP. NAT. SOC.-B1) "LOS ALIMENTOS"

	<table> <tr> <td>ALIMENTOS</td><td>SANO</td></tr> <tr> <td>FRITURAS</td><td>DULCES</td></tr> <tr> <td>ENFERMEDAD</td><td>GRUPO</td></tr> <tr> <td>VERDURAS</td><td>FRUTAS</td></tr> <tr> <td>CEREALES</td><td>TUBÉRCULOS</td></tr> <tr> <td>LEGUMINOSAS</td><td>ANIMAL</td></tr> <tr> <td>OBESIDAD</td><td>INFANTIL</td></tr> <tr> <td>GRASAS</td><td></td></tr> </table>	ALIMENTOS	SANO	FRITURAS	DULCES	ENFERMEDAD	GRUPO	VERDURAS	FRUTAS	CEREALES	TUBÉRCULOS	LEGUMINOSAS	ANIMAL	OBESIDAD	INFANTIL	GRASAS	
ALIMENTOS	SANO																
FRITURAS	DULCES																
ENFERMEDAD	GRUPO																
VERDURAS	FRUTAS																
CEREALES	TUBÉRCULOS																
LEGUMINOSAS	ANIMAL																
OBESIDAD	INFANTIL																
GRASAS																	

H	J	K	F	L	Ñ	Z	X	C	V	B	N	M	Q	W	E
R	C	E	R	E	A	L	E	S	T	Y	U	I	O	P	A
S	D	F	U	G	H	J	K	L	Ñ	Z	X	C	V	B	N
M	Q	W	T	U	B	E	R	C	U	L	O	S	E	R	I
T	Y	U	A	I	O	P	A	S	D	F	G	H	J	K	N
L	L	Ñ	S	Z	X	C	V	B	N	M	Q	W	E	R	F
E	T	Y	U	I	O	P	A	S	D	F	G	H	J	K	A
G	L	Ñ	Z	X	C	E	V	B	N	M	Q	W	E	R	N
U	T	Y	U	I	O	N	P	A	S	D	D	F	G	H	T
M	J	K	L	Ñ	Z	F	R	I	T	U	R	A	S	X	I
I	C	O	V	B	N	E	M	Q	W	L	E	L	R	T	L
N	Y	B	U	I	G	R	U	P	O	C	O	I	P	A	S
O	D	E	F	G	H	M	J	K	L	E	Ñ	M	Z	X	C
S	V	S	B	N	M	E	Q	W	E	S	R	E	T	Y	U
A	N	I	M	A	L	D	I	O	P	S	A	N	O	A	S
S	D	D	F	G	H	A	J	K	L	Ñ	Z	T	X	C	V
B	N	A	V	E	R	D	U	R	A	S	M	O	Q	W	E
R	T	D	Y	U	I	O	P	A	S	D	F	S	G	H	J
K	L	Ñ	Z	X	C	V	B	N	M	Q	W	E	R	T	Y
U	I	O	P	A	S	G	R	A	S	A	S	D	F	G	H

	DESAYUNO	MED. MAÑANA	ALMUERZO	MEDIA TARDE	CENA
LUNES	<ul style="list-style-type: none"> - Una taza de leche desnatada con café - Dos rodajas de pan integral tostado con mermelada dietética -Un vaso de zumo de naranja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una pieza de fruta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Arroz a la cubana - Ensalada de lechuga, tomate y repollo o coles -Una fruta fresca. 	<ul style="list-style-type: none"> -4 galletas integrales - Una taza de té con edulcorante 	<ul style="list-style-type: none"> - Brócoli condimentado con aceite de oliva - Un yogurt desnatado -Una fruta fresca.
MARTES	<ul style="list-style-type: none"> - Cereales con leche o con yogurt - Una taza de café o té con edulcorante 	<ul style="list-style-type: none"> - Dos rodajas de pan integral tostado con queso dietético. - Una pieza de fruta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Macarrones con atún - Ensalada de lechuga y tomate con aceite de oliva o salsa de soja - Una infusión 	<ul style="list-style-type: none"> -Un yogurt desnatado - Una fruta fresca 	<ul style="list-style-type: none"> - Caldo o sopa de verduras -Pechuga de pollo a la plancha o al horno -Una rodaja de pan integral tostado -Un yogurt desnatado
MIÉRCOLES	<ul style="list-style-type: none"> - Café con leche o té -Dos tostadas de pan integral con mermelada dietética - Una fruta fresca. 	<ul style="list-style-type: none"> -1infusión de té rojo - Dos tostadas de pan integral con jamón serrano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensalada de tomate con ajito y aceite de oliva. - Filete de ternera a la plancha, papas cocidas o a horno - Una fruta fresca 	<ul style="list-style-type: none"> - 1yogurt desnatado. - 1 té con leche 	<ul style="list-style-type: none"> - Saltado de verduras con zanahoria, cebolla o pimiento. - Una rodaja de lenguado o bacalao fresco a la plancha - Una fruta fresca.
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> - Una taza de leche desnatada con copos de germen de trigo. - Un vaso de zumo de naranja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una ensalada de frutas o 2 piezas de fruta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensalada de lechuga, cebolla, pepino, tomate y zanahoria. -Una rodaja de pescado a la plancha o al horno. - 2 rebanadas de pan tostado. -1infusión de té verde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Una taza de café con leche desnatada - Una fruta fresca 	<ul style="list-style-type: none"> - Espinacas rehogadas con un huevo. - 2 rebanadas de pan tostado. -1yogurt desnatado
VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> - Dos rodajas de pan integral tostado con queso dietético - Una taza de café o té con leche desnatada - Una fruta fresca. 	<ul style="list-style-type: none"> -1infusión de te rojo. -Dos tostadas de pan integral con mermelada dietética 	<ul style="list-style-type: none"> -Puré de papas, pechuga de pollo a la plancha o al horno, col. - Una fruta fresca. 	<ul style="list-style-type: none"> -1yogurt desnatado. -1zum o naranja 	<ul style="list-style-type: none"> - Sopa con fideos, sémola. - Papas cocidas, en tortilla. - 1 yogurt desnatado
SÁBADO	<ul style="list-style-type: none"> - Café con leche desnatada o infusión. - Cereales 	<ul style="list-style-type: none"> -1 zumo de naranja -4 galletas integrales 	<ul style="list-style-type: none"> - Caigua rellena de carne picada con cebolla. -Un yogurt desnatado. -1infusión de té verde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un zumo de naranja. -1 tostada de pan con pavo y queso fresco 	<ul style="list-style-type: none"> - Crema de calabaza. - Dos rodajas de merluza. - una gelatina.
DOMINGO	<ul style="list-style-type: none"> - Café con leche desnatada o infusión. - Dos tostadas de pan integral con mermelada dietética. 	<ul style="list-style-type: none"> -1 yogurt desnatado -1pieza de fruta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parrillada de verduras. -Pollo asado. - 2 rodajas de piña natural -1infusión de té verde. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1yogurt desnatado. - Café con leche desnatada o infusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensalada de tomate con queso fresco desnatado y orégano. - Hamburguesa de pollo a la plancha. - 2 rebanadas de pan tostado. -1yogurt desnatado

Pautas para realizar técnicas de Relajación

Antes de comenzar nuestro tema, tomemos unos momentos para centrarnos y calmar nuestras inquietudes. Recuerda que respirar es un regalo de Dios. Puede ser de gran ayuda cuando nos sentimos ansiosos/as o incómodos/as.

Siéntate cómodamente, sin cruzar las piernas, las palmas de las manos cómodamente sobre los muslos, los ojos cerrados suavemente.

Inhala profundamente y exhala despacio, varias veces. Concentra tu atención en respirar para relajar la mente y el cuerpo. Para relajar toda tensión. Trata de centrarte en lo más íntimo de tu ser.

Si viene cualquier pensamiento o preocupación, no luches contra ellos sino reconócelos y déjalos pasar.

Respira por la nariz dirigiendo el aire hasta la parte más profunda de tus pulmones y la parte y la parte baja de tu abdomen. Bota el aire lentamente por la boca.

Centra tu atención en los pies, dedos de los pies, las piernas, para relajarnos, siempre concentrándote en tu respiración. Relaja los muslos, las caderas, los órganos internos (el estómago, el hígado, los intestinos,...), relaja la cintura, el pecho, la espalda, las vértebras una a una.

Yo siento paz, yo busco paz, tengo el cuerpo cada vez más relajado.

Deja que tu respiración se haga más y más lenta. Siente que tu abdomen suave y baja, tu respiración es suave y relajada al mismo tiempo que continuas relajando los brazos, los músculos del cuello, los hombros, donde suelen acumularse las tensiones, los músculos de la cara (la frente, los párpados que están cerrados pero sueltos, la nariz, los maxilares, la lengua suelta, la barbilla), la cabeza. Siente que cada vez estás más relajada.

Tu respiración es calmada, y sientes que la tensión sale de tu cuerpo. Tu cuerpo se siente cada vez más y más relajado en clama.....paz..... Y serenidad. Deja que el sonido venga a ti y te calme...

PAUSA (contar hasta 15 segundos)

Yo siento paz, yo busco la paz, tengo el cuerpo cada vez más relajado.

PAUSA (contar hasta 10 segundos)

ANEXO "Z"

MATERIAL DE DIFUSIÓN

**Usted
puede cuidar su salud,
conociendo más
sobre la
hipertensión arterial**

Su tensión se considera normal, si está en cifras menores a **130 sobre 85**.



Corazón

Cuando estos valores aumentan, ocurre la hipertensión y el corazón tiene que esforzarse más para poder bombear la sangre al resto del cuerpo.

Síntomas

La hipertensión es llamada "*el asesino silencioso*", porque usted puede andar por ahí y no sentir nada.



Como también puede quejarse de dolor de cabeza, desaliento, palpitaciones, sangrado por la nariz, mareos.

**Evite que la
tensión le suba**

- Disminuya la sal, las grasas y la cantidad de comida.



- Es preferible comer **5 o 6 veces al día**, pequeñas cantidades de comida y no hacer 3 grandes comidas.

- Le conviene alimentos naturales, frutas, verduras, cereales, granos.



- Camine, al menos, **3 veces a la semana por 30 minutos**.



- Sea juicioso con los medicamentos indicados.



- No deje de asistir a los controles del peso



y de la tensión arterial con la enfermera a su centro de salud.



- No consuma bebidas alcohólicas.



- Muévase más, no esté sentado o acostado por mucho tiempo, sin hacer nada.



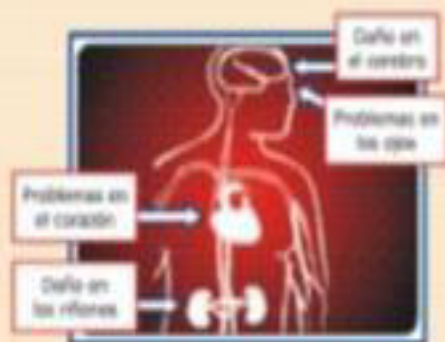
**YO SI PUEDO
CUIDARME**

- Tome las cosas con calma, sin agitarse, ni estresarse.



Complicaciones

Si no deja los malos hábitos, usted puede presentar



La hipertensión lo puede llevar a la muerte.



Comprendiendo lo que es la hipertensión, puedo cuidarme mejor.



**YO SI PUEDO
CUIDARME**

AUTOCUIDADO



**"CONOZCO ACERCA
DE LA HIPERTENSIÓN
A MI EDAD"**

Tesista
Katya Lagos Arana

CAM "TAYTA WASI"
Lima-Perú
2014

¡Usted debe cuidarse en la alimentación, para que junto con el ejercicio que está haciendo, pueda mantener un peso adecuado, bajar la tensión arterial y así estar más saludable!

Prefiera los alimentos naturales

Naranjas, papaya, espinaca, brócoli, aguacate, frijoles, lentejas, arvejas, pollo sin piel, aceite vegetal, cuajada.



Porque tienen vitaminas, minerales, que le ayudan a mantener normal la tensión, le dan energía y le ayudan a que vaya al baño todos los días.

Consuma menos cantidad de papa, maíz, arracacha, plátanos, yuca.

Evite estos alimentos

Mantequilla, manteca de cerdo, carnes rojas, jamón, chorizo, salchichón, fritangas, hueso, menudencias, vísceras, leche de vaca.



Porque tienen grasa mala, que le aumentan el colesterol y los triglicéridos, le tapan las arterias; **le suben el peso y la tensión.**

Tampoco le conviene consumir enlatados, sopas en paquete, cubos concentrados, mayonesa, salsa de tomate, galletas saladas; porque además de grasa mala, **tienen mucha sal.**

Cuidado con la sal

Disminuya la cantidad de sal en los alimentos. Retire el salero de la mesa.



La sal hace que se le quede líquido en el cuerpo y le produzca hinchazón en los tobillos; le aumenta la tensión arterial, hace que el corazón trabaje con dificultad y se le dañen los riñones.

Desayuno

Si desayuna con caldo de papa, agréguele ajo, cebolla, cilantro y poca sal. Cómase sólo un pan mediano y una tajada de papaya.

El agua de panela que sea baja en dulce.



Medias nuevas

Si acostumbra tomar agua de panela a las medias nueve, que sea un pocillo pequeño y con poco dulce.



Almuerzo

Si en el almuerzo se come una sopa de verduras, que tenga poca sal, acompáñela con un **pocillo pequeño** de frijoles, lentejas, arvejas o garbanzos y un poco de arroz.



Cuando pueda almuerce con un pedazo de carne, pollo sin piel o pescado que estén asaditos o sudados.



Onces

Si le gusta comer a las once una mogolla, prefiera la integral, no la mogolla chicharrona.

Cena

Si come en la cena lo mismo del almuerzo, recuerde que en la noche debe ser poca cantidad de comida.

Recomendaciones

- Cambie el guarapo, la cerveza y las gaseosas por jugos naturales, aromáticas o agua pura; aumente la cantidad según las veces que usted acostumbre a ir al baño.



- Recuerde lavarse las manos antes de tocar los alimentos.



- Lave muy bien las frutas y vegetales antes de comerlos.

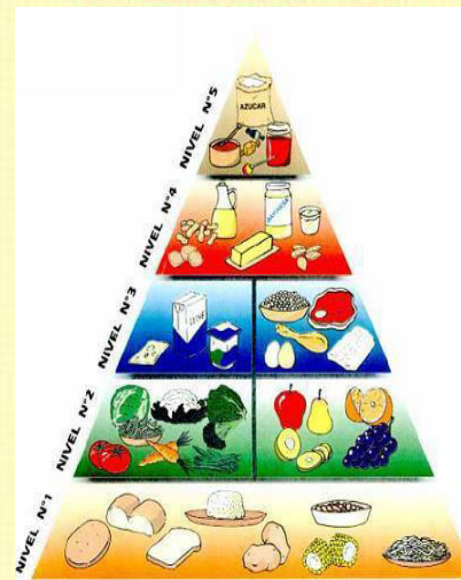


YO SI PUEDO CUIDARME

- Mantenga los dientes o la caja de dientes limpia, cepillándose después de cada comida; así evitará enfermedades y los alimentos le parecerán más sabrosos.



Recuerde que para controlar su peso y su tensión, no debe aguantar hambre, sino bajarle a la sal, a las grasas y a la cantidad de comida.



YO SI PUEDO CUIDARME

AUTOCUIDADO



"YO COMO SANO PARA CONTROLAR MI PESO Y MI TENSIÓN"

Tesista
Katya Lagos Arana

CAM "TAYTA WASI"
Lima-Perú
2014

¡Usted puede evitar accidentes o complicar su salud con los medicamentos!

Al acudir al Centro de Salud

Si es posible, vaya acompañado con un familiar para que le ayude a recordar alguna información importante.



Entréguele a la enfermera la receta y los medicamentos que está tomando, para que los revise.



Coméntele si ha presentado algún problema al tomarlos, como enrojecimiento en la piel, mareos, ganas de vomitar, falta de apetito, desaliento, si ve doble.



Dígale si dejó de tomar algún medicamento y el motivo.

**YO SI PUEDO
CUIDARME**

Al solicitarlos en la farmacia

Compruebe que los medicamentos que está recibiendo son los mismos recetados por el médico.



Verifique la **fecha de vencimiento**, para cambiarlos.

Si no los encuentra en el momento, no compre otros, hasta que acuda al centro de salud.

Al conservarlos en el hogar

Revise muy bien el nombre del medicamento antes de tomarlo.

Coloque en la receta, al lado de cada medicamento

- Si se lo debe tomar una o más veces durante el día.
- Si le toca en ayunas, durante o después de las comidas.



- La hora indicada por el médico. Si se le olvida, recuerde tomarse la siguiente dosis y seguir juicioso.
- La **cantidad de pastillas** que le toca en el día para que no tome más de lo indicado.



Para llevar un orden en los medicamentos, guárdelos en una caja o gaveta, donde los niños no los alcancen y usted se acuerde.



Debe ser un lugar fresco, seco y oscuro para que **no se dañen los medicamentos.**

Coloque los medicamentos anteriores adelante para que se los tome primero.

Termine cada sobre o caja de medicamento antes de comenzar otro.

Esté muy pendiente de los que estén vencidos, los reconocerá si cambian de color, de olor, si están en boronas.

En la caja del medicamento, coloque una señal, como un sol o un corazón para saber que se lo debe tomar en la mañana y es para la tensión.

Recuerde

Si le cuesta llevar el registro de los medicamentos, dígame a un familiar, amigo o vecino que le ayude.

Evite recetarle sus medicamentos a familiares y amigos, así le digan que sienten lo mismo que usted.



Evite tomar medicamentos por su cuenta y mezclarlos con **bebidas alcohólicas.**



Si va a pasar varios días fuera de su casa, lleve los medicamentos que necesita para ese tiempo.

Vigilo mi salud al tener cuidado con los medicamentos



YO SI PUEDO CUIDARME

AUTOCUIDADO



¡TENGO CUIDADO CON LOS MEDICAMENTOS!

Tesista
Katya Lagos Arana

CAM "TAYTA WASI"
Lima-Perú
2014

Una de las maneras de que la sangre circule mejor por todo el cuerpo, se controle el peso, la tensión y se eviten las complicaciones es realizando algún tipo de ejercicio.

Caminata

La caminata es uno de los ejercicios más recomendados; para realizarla, colóquese ropa holgada, zapatos cómodos, protéjase del sol y lleve una botella con agua pura, tómela con frecuencia.



Puede ser que cuando empiece a caminar, se sienta cansado, por la falta de costumbre.

**YO SI PUEDO
CUIDARME**

Intente salir a caminar, por lo menos, **3 días a la semana**, por 10 minutos y vaya aumentando hasta que lo haga por **30 minutos**, bien juicioso.



Preferible que sea siempre a la misma hora.

Antes de la caminata, le conviene hacer estos ejercicios de estiramiento para no lastimar los músculos y tendones.



Mantenga cada posición durante 8 segundos. Respire en forma normal; sentirá un tironcito en la parte que se está estirando, pero no debe sentir ningún dolor.

Repita el ejercicio 3 o 4 veces más por cada pierna, brazo, hombros.

Tenga cuidado si:

- Siente que la cabeza le da vueltas.
- Tiene palpitaciones muy fuertes.
- Siente que le falta el aire.



Si siente algo de eso, disminuya la caminata poco a poco, hasta suspenderla, descanse y no deje de ir al centro de salud para sus controles de tensión.

Después de la caminata, respire profundo por la nariz y bote el aire por la boca. Repita los ejercicios de estiramiento.

Descanse por media hora antes de ponerse a hacer otra cosa y **tome agua pura** para refrescarse.



Luego de descansar, refrésquese con un bañito o las partes que sudaron más.



Si puede, échese una cremita en la cara, las manos, los brazos, las piernas y los pies para que la piel no se ponga seca.

Animese

Para que se anime más a hacer ejercicio, pídale a un familiar o a un vecino que lo acompañe o si tiene un perrito salga con él.



En lugar de llamar por teléfono a un familiar, amigo o vecino cercanos, vaya caminando hasta donde se encuentre.



Acá en Tunja hay grupos de adultos mayores, todos los días se reúnen para hacer sus ejercicios, ver otras cosas o solo para compartir entre ellos. **¡Únase a uno de esos grupos!**



Evite complicar su salud

Si se mantiene en movimiento, evitará los problemas en el corazón, también la artritis, diabetes, obesidad, falta de sueño, desaliento, mala circulación, dolor en los huesos.



Si tiene que usar las escaleras, **hágalo con mucho cuidado, despacio y sosteniéndose de la pared.**



Cuando no pueda salir a caminar, **hágalo dentro de su casa, por 20 minutos, sin detenerse a nada.**

Observe que por donde va a pasar no se encuentren cables o cosas con las que se pueda enredar o caer.



Cuando salga a caminar fuera de su casa, tenga cuidado de que no haya huecos, piedras, cáscaras de frutas que lo hagan resbalar.

Si necesita ayuda, apóyese en un bastón o en un palo.

No olvide, el ejercicio es por su bien, para que le baje el peso, la tensión y cuide su salud.



YO SI PUEDO CUIDARME

AUTOCUIDADO



"SOY HIPERTENSO Y HAGO EJERCICIO PARA CUIDAR MI SALUD"

Tesista
Katya Lagos Arana

CAM "TAYTA WASI"
Lima-Perú
2014

